

4 Widerstand

- 4.1 Verleugnung von Affekten
- 4.2 Pseudoautonomie
- 4.3 Unlust als Es-Widerstand
- 4.4 Stagnation und Therapeutenwechsel
- 4.5 Nähe und Homosexualität
- 4.6 Widerstand und Sicherheitsprinzip

Vorbemerkungen

Nach der Klassifikation verschiedener Widerstandsformen im Grundlagenband stellen wir nun unter behandlungstechnischen Gesichtspunkten die *beziehungsregulierende Funktion des Widerstands* in den Mittelpunkt.

Es liegt auf der Hand, daß die Erweiterung der Theorie der Übertragung, die wir im Grundlagenband unter 2.5 beschrieben haben, erhebliche Auswirkungen auf die der Übertragung zugeordnete Theorie des Widerstands hat. Obwohl die Auffassungen namhafter heutiger Analytiker dem Wortlaut nach an die Kontroversen zwischen A. Freud, Fenichel, M. Klein und Reich in den 30er Jahren erinnern, gibt es doch zahlreiche Anzeichen dafür, daß die Phänomene des Widerstands mehr und mehr unter dem Gesichtspunkt der Beziehung betrachtet werden. Diese Veränderungen wurden beim Madrider Psychoanalytischen Kongress 1983 anläßlich einer Diskussion zwischen Sandler und Rangell deutlich. Das folgende Zitat enthält Sandlers wichtigste Gesichtspunkte:

Es scheint klar zu sein, daß die Einführung und Beschreibung dieser objektbezogenen Prozesse, insbesondere der *objektgerichteten Abwehrprozesse*, eine wesentlich *neue Dimension* der analytischen Arbeit und des Übertragungsbegriffs erkennen lassen. Die Analyse des Hier und Jetzt der analytischen Interaktion hat hinsichtlich des Zeitpunkts von Deutungen gegenüber der Rekonstruktion der infantilen Vergangenheit den Vorrang erhalten. Wenn der Patient in der analytischen Situation Abwehrprozesse zeigte, die sowohl ihn selbst wie den Analytiker betrafen, wurde dies als Übertragung betrachtet und rückte mehr und mehr in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit des Analytikers. Die Frage: "Was geht jetzt vor sich?" wurde vorrangig gestellt, und dann erst wurde die Frage aufgeworfen: "Was zeigt das Material des Patienten über seine Vergangenheit auf?" Mit anderen Worten: die analytische Arbeit wurde, zumindest in England, mehr und mehr darauf fokussiert, wie der Patient in seinen unbewußten Wunschphantasien und Gedanken den Analytiker im Hier und Jetzt benützt, d. h. in der Übertragung, wie sie ausgesprochen oder unausgesprochen von den meisten Analytikern verstanden wird - trotz der eingengten offiziellen Definition des Begriffs (1983, S. 41; Hervorhebungen von uns).

Rangell hat diese Auffassung mit der kritischen Frage kommentiert, ob Widerstand und Abwehr, wie bei Freud, A. Freud, Fenichel und vielen anderen noch immer in der Deutungstechnik *vor* der Übertragung komme oder ob wir uns in die von vielen propagierte Richtung bewegen: zuerst die Übertragung oder sogar nur noch die Übertragung? Alles scheine auf eine neue Polarisierung hinauszulaufen: Die Bevorzugung des Hier und Jetzt im Vergleich zu Rekonstruktion und Einsicht sei unter Psychoanalytikern weit verbreitet. Rangell fordert zu einer Entscheidung auf:

Schlussendlich müssen wir uns wohl zwischen dem intrapsychischen und dem interaktionellen oder transaktionellen Übertragungsbegriff entscheiden. Die gleiche Wahl müssen wir auch zwischen dem intrapsychischen und dem interaktionellen Modell des therapeutischen Prozesses treffen (1984, S. 133; Übers. von uns).

Auf längere Sicht werden die von Sandler und Rangell aufgeworfenen Fragen im einzelnen durch die psychoanalytische Verlaufs- und Ergebnisforschung entschieden werden. Neue Polarisierungen sind u. E. nicht zu erwarten. Denn die Hierarchie im Verhältnis von Widerstands- und Übertragungsdeutungen läßt sich nicht so festlegen, wie dies in den beiden extremen Positionen von Reich und M. Klein vertreten wurde. Reich hat die Abwehrtheorie behandlungstechnisch in der konsequenten Widerstandsanalyse systematisiert, die schließlich in die strikte *Charakteranalyse* einmündete.

Die Regel, von der Oberfläche auszugehen, wurde zum Grundsatz erhoben und rigide angewendet: "*Keine Sinndeutung, wenn eine Widerstandsdeutung notwendig ist*" (Reich 1933, S. 43; Hervorhebung im Original). Indem Reich den Übertragungswiderstand besonders an Verhaltensweisen, Haltungen und an der Art und Weise, wie Patienten der Grundregel folgen, beschrieben hat, wurde eine nützliche Unterscheidung zwischen Form und Inhalt eingeführt. Entsprechend heißt es:

Der Charakterwiderstand äußert sich nicht inhaltlich, sondern formal in typischer, gleich bleibender Weise im allgemeinen Gehabe, in Sprechart, Gang, Mimik und besonderen Verhaltensweisen (Lächeln, Höhnen, geordnet oder verworren Sprechen, *Art* der Höflichkeit, *Art* der Aggressivität usw.) (Reich 1933, S. 65; Hervorhebungen im Original).

Die neurotischen Charakterzüge, so verschiedenartig sie auch sein mögen, erhielten die Bezeichnung "Panzer" oder auch "Charakterpanzer", womit der kompakte Schutzmechanismus bestimmter Verhaltensweisen bei der Regulation der Triebökonomie zwischen Innen und Außen beschrieben wurde.

Die Empfehlungen Reichs laufen darauf hinaus, sich bei der Deutung zunächst auf den Widerstand *gegen* die Übertragung zu beschränken und inhaltliche Deutungen, insbesondere alle tiefergehenden genetischen Interpretationen, zu vermeiden. So formuliert Reich als allgemeine Regel, "*daß man in der Analyse der Widerstände nicht früh genug eingreifen, in der Deutung des Unbewussten, von den Widerständen abgesehen, nicht zurückhaltend genug sein kann*" (Reich 1933, S. 55; Hervorhebung im Original).

Die forcierte Widerstandsanalyse

Die forcierte Widerstandsanalyse vollzog sich bei Reich ganz im Hier und Jetzt. Er stellte schon in den ersten Stunden einen Zusammenhang zwischen Widerstand und Übertragung her, indem er Patienten bei der nächstbesten Gelegenheit sagte, dieser habe etwas gegen ihn, wage es aber nicht auszusprechen (1933, S. 72). Auch Ferenczi (1926) hat eine ähnliche Anregung Ranks aufgenommen und empfohlen, jeden Traum, jede Geste, jede Fehlhandlung, jede Verschlimmerung oder Verbesserung v. a. als Ausdruck des Übertragungs- und Widerstandsverhältnisses aufzufassen. Die Priorität bezüglich dieses Prinzips gebühre nach Ferenczi Groddeck, der bei jeder Verschlimmerung im Zustand eines Kranken mit der stereotypen Frage gekommen sei: "Was haben Sie gegen mich? Was habe ich Ihnen getan?" So verschieden die Charakter- und Widerstandsanalyse Reichs von Ferenczis Technik auch gewesen ist, so ähnlich sind sich beide in der Betonung des Hier und Jetzt als Reaktion auf die Phase der Technik, die Ferenczi u. Rank (1924) als *Deutungsfanatismus* kritisiert haben. Darunter wurden rekonstruierende Deutungen verstanden, die den Patienten ohne therapeutischen Gewinn zum intellektualisierenden Experten über die Entstehung seiner Erkrankung machten.

Es ist nichts Neues, die Aktualität von Widerstand und Übertragung zu betonen. In ganz verschiedenartigen psychoanalytischen Techniken wurde und wird vom Hier und Jetzt ausgegangen, das entsprechend unterschiedlich konzipiert wird. Ferenczis Verständnis eines Widerstands gegen die Übertragung war vermutlich von demjenigen Reichs ganz verschieden, auch wenn beide der gleichen Regel folgten und in ihren Deutungen von der jeweiligen Oberfläche ausgegangen sein mögen.

Ich-psychologische und kleinianische Schule

Die Diskussion zwischen Sandler und Rangell kann als später Ausläufer der Diskussion über oberflächliche und tiefe Deutungen betrachtet werden, die den Kontroversen zwischen der Ich-psychologischen Richtung und der Kleinschen Schule zugrunde lagen. Fenichels lange zurückliegende diesbezügliche Stellungnahme ist immer noch lehrreich:

Es hat keinen Sinn, "Tiefendeutungen" zu geben (mögen sie auch an sich inhaltlich richtig sein), solange oberflächliche Dinge vorgelagert sind. Man kann also nicht, wie Melanie Klein will, "sich mit dem Unbewussten des Patienten direkt in Verbindung setzen", denn Analysieren heißt ja eben, sich mit dem *Ich* des Patienten auseinandersetzen, das Ich des Patienten zwingen, seine eigenen Konflikte anzusehen . . . Die Abwehrhaltung des Ichs ist *immer* oberflächlicher als die Triebhaltung des Es. Bevor man einem Patienten an den Kopf wirft, welche Triebe er

hat, muß man ihm deshalb deuten, daß und warum er sich vor seinen Trieben fürchtet und sie abwehrt (1935, S. 80; Hervorhebungen im Original).

Es hat den Anschein, daß sich Sandler mit der Betonung der *objektgerichteten Abwehrprozesse* zwischen der traditionellen Ich-psychologischen Widerstandsanalyse und der Deutungstechnik in der Kleinianischen Schule bewegt. Auch wir gehen von der Intentionalität des Menschen aus, die mit sich bringt, daß alle unbewußten Phantasien *objektbezogen* sind, weshalb die menschlichen Grundängste an den intersubjektiven Berührungspunkten auftreten. Unter 2.5 im Grundlagenband haben wir positiv hervorgehoben, daß durch M. Klein Bewegung in die erstarrte Front der Widerstandsanalyse gebracht wurde. Dann kam es zu neuen Polarisierungen und Einseitigkeiten. Der Zusammenhang zwischen unbewußten Phantasien, Angst und Abwehr rückte in den Mittelpunkt der typischen Kleinianischen Übertragungsdeutungen. Die Projektion ersetzte die Verdrängung als den bisherigen Prototyp der Abwehrmechanismen. Entsprechend verlor der Verdrängungswiderstand seine Position. Behandlungstechnisch wird kleinianisch sozusagen hinter dem Rücken des Widerstands operiert, weil über die Ängste ein *direkter* Zugang zu angenommenen unbewußten Phantasien möglich erscheint. Aus theoretischen und behandlungstechnischen Gründen konnte die Bezeichnung "Widerstand" in der Terminologie der Kleinschen Schule verschwinden. Dementsprechend fehlt das Stichwort "Widerstand" im Inhaltsverzeichnis repräsentativer Bücher kleinianischer Autoren entweder ganz (M. Klein et al. 1952; M. Klein 1962; Segal 1964; Etchegoyen 1986), oder man findet unter dieser Rubrik nur einen Hinweis z. B. auf die negative therapeutische Reaktion wie bei Rosenfeld (1987).

Die Zeitlosigkeit des Unbewussten scheint das Hier und Jetzt mit der Vergangenheit eins werden zu lassen. Das Kleinianische Verständnis der Beziehung in der aktuellen analytischen Situation ist also vollkommen von demjenigen Gills verschieden, obwohl gleichermaßen von der Bedeutung der Übertragung gesprochen wird. Geht man von ahistorischen Wiederholungen aus, die sich als objektgerichtete Wünsche und Ängste in der Übertragung äußern, spielt sich zwar alles Wesentliche in der gegenwärtigen therapeutischen Beziehung ab, aber deren Realität, also die realistischen Aspekte der Beziehung zum Analytiker, werden vernachlässigt. Unter dem Gesichtspunkt, daß sich unbewußte Phantasien und Ängste nahezu zeitlos in der Übertragung durchsetzen, scheint es unerheblich zu sein, was man als Analytiker zum Widerstand des Patienten beiträgt. Im Unterschied zur Kleinianischen Schule betont Kohut (1979) die *Abhängigkeit* des Widerstands vom gegenwärtigen *Verhalten* des Analytikers und insbesondere von seinem Mangel an Empathie. Daß wir seiner Auffassung in dieser Hinsicht voll zustimmen, liegt auf der Hand.

Das Sicherheitsprinzip

Es ist an der Zeit, die beziehungsregulierende Funktion des Widerstands im Zusammenhang mit dem Sicherheitsprinzip in den Mittelpunkt zu rücken. Hierbei ist mit Missverständnissen zu rechnen. Denn von Groddeck, Ferenczi, Rank und Reich wurde der Beitrag des Analytikers zu Widerstand und Übertragung in jenen forcierten Verknüpfungen gesehen, die wir oben exemplarisch wiedergegeben haben. Im deutschsprachigen psychoanalytischen Jargon lebt diese Tradition weithin unbemerkt als sog. *Ansprechen* von Widerstand (und Übertragung) weiter. Im angloamerikanischen Sprachraum scheint sich dieser Interventionsstil in den Fragen zu äußern "What about me?" bzw. "Aren't you really talking about me?" Jedenfalls hat Reed (1987) am Beispiel eines Erstinterviews eines Kandidaten gezeigt, wie dieser die Beschreibung einer traumatisierenden Mandeloperation durch die Patientin direkt in Beziehung zu sich selbst setzte, indem er nahe legte, daß sie doch in Wirklichkeit über ihn spreche. Obwohl es in der Analyse darum geht, Ähnlichkeiten zu entdecken, so ist dies nur möglich, wenn auch Unähnlichkeiten gesehen werden. Das erzwungene Herstellen von Übertragungen beim Ansprechen derselben bzw. bei den eben

zitierten Redewendungen verhindert geradezu das Erkennen des Einflusses des Analytikers auf den Widerstand des Patienten gegen das Erleben der Übertragung im Sinne von Gill.

Die Aktualgenese ernstzunehmen, ist etwas ganz anderes als das sog. Ansprechen durch Widerstands- oder Übertragungsdeutungen. Solche Deutungen können eine therapeutisch wirkungsvolle Analyse der Übertragung sogar unmöglich machen. Vielfach replizierten Studien zu den negativen Auswirkungen forciertener Übertragungsdeutungen in Kurztherapien liegt vermutlich die von uns kritisierte Übertragungskonzeption zugrunde (Henry et. al 1994). In der Einleitungsphase wirken solche Bemerkungen abschreckend und können dazu führen, daß der Patient an der Normalität des Analytikers zweifelt und die Behandlung erst gar nicht beginnt. In späteren Phasen erschwert dieser Deutungstyp, die verschiedenen Ebenen der Beziehung und der Übertragung voneinander zu unterscheiden.

In Abgrenzung zum Ansprechen (aren't you really talking about me) empfehlen wir mit Gill, den Beitrag des Analytikers zu Übertragung und Widerstand an den *realistischen* Anknüpfungspunkten, die beispielsweise im Assoziationswiderstand enthalten sind, behutsam nachzugehen, also die Aktualgenese des Widerstands zu untersuchen. Hier sehen wir den gemeinsamen Nenner, der uns in dieser Hinsicht mit den Auffassungen von Gill, Klauber, Kohut und Sandler verbindet.

Es geht darum, den Patienten allmählich dafür zu gewinnen, in einer neuen Beziehung *keine* Wiederholung seiner bislang gescheiterten Versuche befürchten zu müssen. Dann können habituelle Selbstverteidigungen aufgegeben werden, wie Weiss u. Sampson (1986) überzeugend aufgewiesen haben. Dieses Verständnis ist besonders für den Umgang mit dem Über-Ich-Widerstand hilfreich. An der Leitschnur der anzustrebenden Vergrößerung des Sicherheitsgefühls des Patienten können vielfältige Interventionen erprobt werden, die den vollen Spielraum des therapeutisch hilfreichen Dialogs nutzen können.

Um die beziehungsregulierende Funktion des Widerstands zu erläutern, entnehmen wir den behandlungstechnischen Überlegungen zum "Umgang mit Patienten, die nicht frei assoziieren können" von Cremerius (1975) folgenden Abschnitt:

Der Therapeut braucht nur daran zu denken, welche Mühen und Kämpfe es seinen Patienten einmal in der Kindheit gekostet hat, das Kunststück fertigzubringen, seine Triebnatur zu sozialisieren und dabei Teile von ihr zu bewahren, um sein Verhalten in der therapeutischen Situation richtig verstehen zu können . . . Und wenn ihm dieser Aspekt deutlich wird, dann versteht er auch, daß der Patient jetzt nicht einfach wieder etwas zulassen kann, was einmal vielleicht lebensrettend war, es zu verdrängen. Er versteht, daß sein Patient sich mittlerweile damit eingerichtet hat, daß er sich daran gewöhnt hat, so zu leben, und so wird er mitfühlen können, was es heißt, sich einem Prozeß auszusetzen, der die Wiederkehr des Verdrängten zum Ziel hat (zit. nach Cremerius 1984, S. 79).

Wegen der Ubiquität von Widerstandsphänomenen findet der Leser Beispiele hierfür in allen Kapiteln dieses Bandes. Hervorheben möchten wir die Illustrationen des Widerstands gegen die Übertragung, dessen rechtzeitiges Erkennen therapeutisch besonders wichtig ist. Dem Thema des Identitätswiderstands und seiner Beziehung zum Sicherheitsprinzip widmen wir ein Unterkapitel, weil mit diesem Widerstand besondere behandlungstechnische Schwierigkeiten zusammenhängen.

Generell läßt sich feststellen, daß die Phase einer überstarken Fokussierung auf die Widerstandsanalyse und die damit zusammenhängenden Polarisierungen als überwunden gelten können. Unser dialogisches Verständnis des Widerstands basiert darauf, die hypothetischen Abwehrprozesse als Austauschprozesse zu betrachten. In diesem Sinne vertreten wir die idealistische Utopie, daß widerstandsbedingte Einengungen des Erlebens und Verhaltens prinzipiell therapeutisch zugänglich sind. In der "widerständigen" Wirklichkeit geht es darum, die Gründe des Scheiterns zum Ausgangspunkt selbstkritischer Überlegungen oder sogar von Entdeckungen zu machen, die sich Freud von der Analyse schwieriger Fälle versprach. Wir empfehlen deshalb, die nachfolgenden kasuistischen

Beispiele unter dem leitenden Gesichtspunkt dieses Lehrbuchs zu lesen und den Austausch daraufhin zu untersuchen, was der Analytiker zum Aufbau und Abbau von Widerständen beiträgt.

4.1 Verleugnung von Affekten

Frau Nora X kommt zur 413. Sitzung verspätet - ein ungewöhnliches Ereignis. In der Wartezeit von etwa 5 min war ich bereits intensiv gedanklich mit der Patientin beschäftigt. Einerseits machte ich mir Sorgen, andererseits bemerkte ich eine zunehmende innere Spannung, die eine aggressive Färbung hatte. Die Besorgnis hatte ihre Begründung darin, daß die Patientin zu selbstschädigendem Verhalten neigte, z. B. zu riskanter Achtlosigkeit im Straßenverkehr. Als die Patientin schließlich kam, überraschte sie mich durch einen lächelnd-strahlenden Gesichtsausdruck, wobei sie mich beim Eintreten länger als gewöhnlich und fragend ansah. Für mich bildeten ihre Fröhlichkeit und mein Unmut eine spannungsvolle Diskrepanz.

P.: *Jetzt bin ich ganz außer Atem, ich bin ja auch zu spät gekommen (kleine Pause). Aber ich merke, daß irgendwie noch etwas los ist. Wobei ich jetzt nicht weiß, ob ich fröhlich bin, weil ich zu spät gekommen bin und Sie habe warten lassen, oder wegen der Situation vorher.*

Sie schildert das Zusammensein mit ihrem Freund. Sie saßen in einem Café und redeten so angeregt, daß die Patientin sich verspätete. Zum Schluß ging es ums Bezahlen, wobei die Patientin feststellte, daß dies auch das Thema der letzten Stunden gewesen war. In dieser Stunde hatte sie sich damit beschäftigt, daß sie die Bezahlungen der Analyserechnungen häufig länger hinausschiebt.

P.: *Ja, was mich, glaube ich, schon beschäftigt, war die letzte Bemerkung, mit der ich gegangen bin, wo es ums Zahlen ging, und das ist ja auch das Thema der letzten Stunde, und ich fand es einfach bezeichnend, daß das jetzt ausgerechnet der Schlusspunkt des Gesprächs mit meinem Freund war, bei dem es erst um was ganz anderes ging.*

Mit ihrem Freund hatte sie über Schwierigkeiten mit ihrem Vorgesetzten gesprochen. Diese Auseinandersetzungen empfindet sie als "Hin und Her wie ein Ballspiel". Das gleiche Hin und Her erlebte sie auch mit dem Freund, als anlässlich der Bezahlung eines Kaffees ein "komisches Spiel um Geben und Nehmen" stattgefunden hatte. Für mich steht der aggressive Aspekt im Vordergrund. Im Hinblick auf die Verspätung und meine Beunruhigung darüber stelle ich eine Analogie zwischen Draußen und Hier her.

P.: *Jetzt heute . . . also ich spiel' es da, wo es darum geht, meine Gedanken zu sagen, zurückzubehalten, dann mit den Rechnungen und . . . ich überlege, ob das jetzt mit dem Zuspätkommen auch einen Zusammenhang hat.*

A.: *Hmhm, ich denke schon.*

P.: *Sie denken schon. Also ich nehme Zeit weg. Bloß, ich verteile sie ja eigentlich auch anders, und die Zeit war ich mit meinem Freund länger zusammen.*

A.: *Kürzlich haben wir davon gesprochen, daß Sie Ihrem Freund eins überbraten, heute bin ich dran.*

P.: *Ja, das macht mir Spaß.*

A.: *Deshalb haben Sie mich beim Hereinkommen auch so angestrahlt.*

Ich stelle der Patientin meine Wahrnehmung zur Verfügung, damit ihr deutlich wird, wie viel Freude sie im Zusammenhang mit der Verspätung zeigte und wie lustvoll sie das Austragen aggressiver Impulse erlebt.

P. (lachend): *Das macht mir ehrlich gesagt - daher kommt wohl auch der Ausdruck - diebisches Vergnügen.*

Affekt und Verhalten sind als "diebisches Vergnügen" miteinander verknüpft, wobei die Lust und das beziehungschädigende Verhalten gemeinsam die abgewehrte Aggressivität der Patientin zum Ausdruck bringen.

A.: *Ja klar, und Sie gönnen sich dieses Vergnügen auch. Ich weiß aber nicht so genau, ob Sie auch die Konsequenzen dieses Vergnügens sehen.*

P.: *Ja also, die Frage nach dem "Was hab' ich davon", die hab' ich mir bisher noch nicht gestellt. Aber wenn ich sie mir jetzt stelle, dann denk' ich schon, daß ich auch eine Aufmerksamkeit von Ihnen damit erreiche, weil Sie ja denken könnten "Wo bleibt die jetzt" oder irgendwie so etwas, und da fällt mir dann halt auch ein, wie ich reagiere, wenn jemand nicht pünktlich ist. Das ärgert mich eigentlich ganz schön.*

A.: *Hmhm, das wissen Sie genau.*

P.: *Daß mich's ärgert. Aber daß es den anderen ärgert, das will ich nicht so genau wissen.*

A.: *Das ist doch Ihr Vergnügen daran, daß Sie auf eine ganz unschuldig scheinende Weise viel Ärger unterbringen.*

Hier wäre eine Möglichkeit, die Notwendigkeit der Affektabwehr mit Schuldgefühlen der Patientin zu begründen, jedoch erscheint mir dieser Schritt noch nicht angezeigt, und die Patientin bleibt auch beim Thema Ärger.

P.: *Also mir fällt dazu ein, daß mein Freund mich am Wochenende 3mal hat warten lassen. Und beim ersten Mal, da hab' ich noch nichts gesagt, obwohl er das Thema angesprochen hat. Beim zweiten Mal hab' ich auch noch nichts gesagt, erst beim dritten Mal. Da hab' ich ja gerade erst erlebt, wie das ist. Ja allerdings, wie ich es auch vorhin gesagt habe, neulich hab' ich ihm eins übergeben mit . . . was war denn das eigentlich?*

Hier vergisst die Patientin im Augenblick des Sprechens, auf welche Weise sie sich innerlich von ihrem Freund abgewandt hat. Obwohl dieses momentane Vergessen (s. Luborsky 1967) des Distanzierungsschritts der Patientin ein interessantes Detail war, habe ich in der nächsten Deutung den gesamten Ablauf zum Thema Verspätung rekonstruiert, um ihre Wendung von der Passivität (als Opfer der Verspätung anderer) zur Aktivität (indem sie sich verspätet) zu deuten.

A.: *Am Wochenende waren Sie diejenige, die warten mußte, und Sie haben sich geärgert, d. h. Sie waren passiv und waren das Opfer. Nun machten Sie eben etwas, was wir schon verschiedentlich gesehen haben, nämlich Sie drehen den Spieß um und lassen mich warten, also Sie sagen sich: "Ich will nicht, daß mir etwas angetan wird, und deshalb tue ich es anderen an" - das ist Ihr Weg, mit solchen Störungen oder Verletzungen umzugehen. Und so geht es bei der Verspätung um Ärgern und Geärgertwerden.*

P.: *Hmhm (kleine Pause), ja vielleicht geht's darum zu ärgern und geärgert zu werden.*

In der nun folgenden Passage macht die Patientin deutlich, daß sie wohl mit ihrem Freund über dessen Verspätung gesprochen hat, es jedoch lange dauert, bis sie innere Hemmnisse überwinden kann, um ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen. Nachdem ihr anhand der Interaktion mit dem Freund deutlich geworden ist, wie sie mit aggressiven Impulsen umgeht und auf welche Weise sie diese in Handlungen umsetzt, lenke ich jetzt die Aufmerksamkeit der Patientin auf ihr Verhalten in der Analyse.

A.: *Sie haben vom Geben und Nehmen gesprochen, und eigentlich geht es ums Ärgern und Geärgertwerden. Und das hat natürlich eine enge Verbindung, weil Sie wissen, Sie ärgern sich, wenn Sie nicht bekommen, was Sie erwarten - sei es Pünktlichkeit, sei es Geld. Und Sie gehen davon aus, daß ich genauso reagiere und denke und fühle; nämlich, daß ich mich ärgere, wenn ich nicht bekomme, was ich erwarte. Und diese Lust zu ärgern schlägt sich in Ihren Handlungen nieder, und was für ein diebisches Vergnügen Ihnen das bereitet, mich zu ärgern, verrät Ihr Lachen und Ihre strahlende Miene, und Sie können sich so daran freuen, weil Sie gleichzeitig diesen Ärger nicht richtig wahrnehmen, so wie Sie es auch bei Ihrem Freund machen.*

Die Patientin reagiert auf diese Deutung, indem sie noch einmal die Interaktion zwischen sich und ihrem Freund beschreibt und dabei stärker als bisher den aggressiven Charakter des Hin und Her betont. Dabei steigert sich auch ihre Heiterkeit und ihr Lachen.

P. (zitiert lachend ihren Freund): *"Also bevor du's jetzt nochmal sagst, kriegst du es"* (und fügt kraftvoll hinzu) *batsch*.

A.: *Das klingt doch, wie wenn Sie sich gegenseitig ohrfeigen. Der eine macht batsch, und dann macht der andere batsch (Patientin bestätigt verhalten), und ich habe meinen Batsch auch abgekriegt (Patientin lacht), und Sie freuen sich darüber.*

P.: *Ja, sehr sogar. Irgendwie will ich mir diese Freude jetzt auch nicht nehmen. Es ist so ein Gefühl, als ob es jetzt mal endlich offen da ist und hier raus kann.*

Nachdem nun die bisher vorbewußte (oder unbewußte?) Lust am aggressiven Handeln in der wichtigsten gegenwärtigen Außenbeziehung und in der Übertragung bewußt geworden ist, kann als nächster Schritt die Beziehung zu der Hauptsymptomatik der Patientin (dem Beziehungsabbruch) hergestellt werden:

A.: *Ja, Ihr Vergnügen ist es nämlich, den einen dazu zu benutzen, dem anderen eins zu verpassen. Heute haben Sie das Gespräch mit Ihrem Freund dazu benutzt, mir eins draufzugeben. Es fällt Ihnen schwer, bei einem zu bleiben und gegenüber einer Person das auszudrücken, was Sie bewegt, sondern Sie suchen sich einen zweiten, und der kriegt dann durch den anderen etwas übergeben. Und das charakterisiert Ihre Beziehungen, nämlich statt sich auf einen Menschen zu konzentrieren, machen Sie sich mit wichtigen Gefühlen auf zum nächsten.*

P. (leise): *Weil es Vergnügen bereitet.*

A.: *Ja, es bereitet auch Vergnügen, aber es macht Sie auch unglücklich.*

P.: *Ich habe das Gefühl, ich habe das Vergnügen ja noch nie gesehen. Darum habe ich auch gesagt: "Das ist auch wichtig, daß ich jetzt mal das Lachen da herauslasse", denn das versteck' ich sonst ja. Da seh' ich nicht mein Vergnügen und meine Lust daran, sondern häng' immer nur in der Traurigkeit, und die steht immer als erstes da, aber sie bringt mich nicht weiter.*

A.: *Beides ist wichtig, der Schmerz ist eine Sache, der liegt Ihnen näher, und Ihr diebisches Vergnügen an dieser Form von Rache oder Wut oder Ärger lag bisher nicht im Blickfeld.*

Ich nehme im folgenden Bezug auf frühere Freundschaften, in deren Ablauf der Patientin ihre eigene Aggressivität nicht bewußt wurde, sondern ihr nur im Spiegel des Verhaltens anderer entgegenkam.

A.: *Und wie lustvoll das für Sie ist, ganz einfach gesagt, Männer schlecht zu behandeln, sehen wir jetzt. Denn Sie behandeln mich schlecht, wenn Sie mich genüsslich warten lassen, und Sie schütten sich aus vor Lachen, wenn das deutlich wird.*

P.: *Ja, aber das ist erst in letzter Zeit so. Früher bin ich dann immer in meine Traurigkeit gefallen, und dann war's erst mal aus.*

In der folgenden Sequenz gebe ich der Patientin eine längere zusammenfassende Deutung, in der ich die Entwicklung vom Wunsch über die Enttäuschung und die Wendung von der Passivität zur Aktivität als Abwehr befürchteter Traumatisierung und die daraus resultierende Aggressivität in Zusammenhang bringe. Die einzelnen Glieder dieser Kette sind, soweit sie nicht in dieser Stunde besprochen wurden, Ergebnis der früheren Arbeit. Ich schließe diese zusammenfassende Deutung mit dem Übertragungsaspekt des Verhaltens ab:

A.: *Und um dieser Enttäuschung, um diesem erwarteten Schmerz vorzubeugen, drehen Sie die ganze Geschichte um und geben mir etwas nicht, wovon Sie meinen, daß ich es erwarte. Und damit haben Sie mir dann etwas zugefügt, was Sie als Schmerz für sich befürchten.*

P.: *Komisch, mir kommt jetzt das Stundenende in den Sinn. Mein Ärger darüber, daß Sie sagen: "Jetzt ist die Zeit um."*

A.: *Ja, damit tu' ich Ihnen weh, und jetzt schreiten Sie zum Gegenangriff. Aber was dabei herauskommt, ist nicht etwa, daß die Situation besser wird, sondern das Gefühl des Ärgers verkürzt die Stunde noch mehr, und das ist das Fatale an diesem ganzen Muster - Ihre Situation wird nämlich nicht besser durch Ihre Reaktion, sondern schlechter.*

P.: *Ich ergreife innerlich noch mehr Maßnahmen, die mir die Zeit verkürzen, weil ich nämlich schon dann, wenn ich anfangen zu ahnen, es könnte jetzt auf das Ende der Stunde gehen, denke: Wann sagen Sie's jetzt, wann sagen Sie's jetzt, und neulich war's ja auch so, daß ich festgestellt habe, daß ich mit meinen Gedanken schon woanders bin. So als wollte ich diesen Schmerz eben übergehen. Und dann habe ich mir jetzt gerade auch noch gedacht, ich bring dann wenigstens ein Stückchen Lust von mir unter, nämlich im Weggehen mit meinen Gedanken, und dann ist es nicht mehr gar so schmerzvoll.*

A.: *Sie werden selber aktiv, was einerseits zu dem schönen Gefühl führt, daß Sie es selbst in der Hand haben, aber es hat den Nachteil, daß Sie dadurch noch weniger kriegen.*

P.: *Ich bin dann eben auch nicht konzentriert und nicht intensiv bei der Sache, und einerseits ist es schon ein Lustgewinn, das Weggehen, andererseits ist es aber auch ein Verlust, weil es ja an Intensität verliert.*

A.: *Richtig, und das, was wir hier im Kleinen sehen, ist ein Muster Ihrer Beziehungsgestaltung, denn immer dann, wenn es in Ihren Freundschaften hätte intensiv werden können, haben Sie diese aktiv vorzeitig beendet - aus denselben Gründen, aus denen Sie hier unsere Stunde innerlich vorzeitig beenden; nämlich aus Angst vor dem Schmerz, den ein anderer Ihnen zufügen könnte, der sagt: "Jetzt ist es aus", und möglicherweise führen Sie damit aktiv etwas mit herbei, was vielleicht irgendwann einmal kommt.*

P.: *Ja hier schon, hier weiß ich, daß es kommt. Und in einer Beziehung würde ich das immer befürchten.*

A.: *Und das ist Ihr Problem, daß es Ihnen schwer fällt, für den einen oder den anderen Ausgang offen zu sein, sondern daß Sie immer wieder die Trennung herbeiführen, wenn es intensiv wird.*

P.: *Vorhin habe ich bei Trennung eigentlich nicht so sehr an die Trennung von meinem Vater gedacht, sondern daran, wie meine Mutter und ich miteinander umgegangen sind.*

Die Patientin führt dies bis zum Ende der Stunde noch näher aus und nimmt Bezug auf typische Verhaltensweisen der Mutter.

Ausgelöst durch eine Verspätung der Patientin kann ihre masochistische Reaktionsbereitschaft in Bezug auf Zurückweisung und Trennung verdeutlicht und in der Übertragung erarbeitet werden. Der Ablauf in der Stunde führt vom Wunsch über die Enttäuschung zur Wendung von der Passivität zur Aktivität und schließlich zu defensiver Aggressivität. Diese Themenfolge läßt sich lebensgeschichtlich auf die Beziehung zur Mutter zurückführen.

Kommentar:

Wenn wir nach Klauber (1966) die Leitlinie der Stunde in Bezug auf Angst, Abwehr und Inszenierung formulieren, können wir wie folgt zusammenfassen: Die Hauptangst der Patientin liegt darin, Affekte könnten übermächtig werden. Diese müssen deshalb verleugnet werden. Geben und Nehmen ist dabei ein lustvolles, aber auch angstbesetztes Spiel, das für die Patientin notwendig schmerzvoll endet, weil sie die Erwartung internalisiert hat, daß ihre Wünsche (z. B. nach Beachtung) nicht erfüllt werden. Ihre Hauptabwehr ist das Verleugnen von Affekten und das Agieren aggressiver Impulse. Sie inszeniert damit eine vorweggenommene Enttäuschung, die sie unbewußt aktiv herbeiführt.

4.2 Pseudoautonomie

In der Analyse wünschen wir uns zwar einen selbständigen Patienten, aber fürchten auch jenen Typus, der alles allein zu machen gedenkt.

Unter dem Gesichtspunkt von Heilung herrscht in ausgesprochener Weise die Tendenz vor, Unabhängigkeit als eindeutig positiv, Abhängigkeit als eindeutig negativ zu beurteilen. So überdeckt die positive Seite der Unabhängigkeit die negative, wodurch sie tauglich wird, neurotische Zwecke zu tarnen. Ebenso verdeckt auch die negative Seite der Abhängigkeit die positive, weshalb die an der Abhängigkeit geübte Kritik auch in den Dienst pathologischer Tendenzen oder Abwehrmaßnahmen gestellt werden kann (Racker 1978, S. 209).

Das Thema der Unabhängigkeit findet seinen Niederschlag auch in der Handhabung des analytischen Gesprächs. Die phänomenologisch-klinische Beschreibung der Widerstandsformen hat schon früh die graduellen Abweichungen von einem wie auch immer zu bestimmenden idealen Dialog im Sinne von zuviel und zuwenig unter die Kategorie des Widerstands subsumiert. Zu Recht hebt Cremerius hervor, daß wir die Kriterien angeben müssen, nach denen wir beurteilen, wann ein Patient zuviel spricht:

Die Antwort lautet, daß dieses Zuviel nicht etwas Quantitatives meint, sondern etwas Qualitatives, nämlich dies, daß hier Sprechen - und zwar Zuviel-Sprechen - in den Dienst der Abwehr und des Widerstands gestellt wird (1975, S. 58).

Am folgenden Beispiel möchten wir einen gelassenen Umgang mit dem Vielsprechen illustrieren, der dem Patienten Zeit läßt, "sich in den ihm unbekanntem Widerstand zu vertiefen, ihn durchzuarbeiten, ihn zu überwinden . . ." (Freud 1914 g, S. 135).

Es handelt sich um eine Stunde aus einer fortgeschrittenen Analyse des 35jährigen Herrn Gustav Y, dessen Arbeitsstörungen sich lange in hartnäckigem Schweigen (s. auch Moser 1962) als Übertragungswiderstand manifestierten. Nach Bearbeitung abgewehrter aggressiver Regungen entwickelte der Patient die im folgenden zu beschreibende Pseudounabhängigkeit, die sich in nachdenklichen, aber doch recht monologischen Reden niederschlug.

Der Patient teilt mir zunächst als Frage verkleidet mit, die Stunde "etwas früher" zu beenden, um seine Kinder rechtzeitig abholen zu können. Er begründet dies mit der Verkehrssituation und einer gefährlichen Situation auf der Herfahrt.

P.: Ich hab' auf der Herfahrt eine ziemlich brenzlige Situation erlebt, und zwar ist einer hinter mir gefahren, hat also überholt und fuhr rechts . . . und da kam mir auch noch einer entgegen auf der anderen Fahrbahn, ein breiter Laster, und ich hätte also keine Möglichkeit mehr gehabt, irgendwie auszuweichen. Zu bremsen wäre auch schlecht gewesen, weil es da zwischendurch immer so Wasserlachen auf der Straße . . . und es ging also wirklich um Zentimeter, ist er so vor mir reingeschlüpft und naja, ich möchte also nicht sehr gern irgendwas riskieren, denn es ist ganz klar, wenn ich dann fahre und denke, es wird knapp, dann fährt man halt doch etwas - etwas schneller als vielleicht sinnvoll wäre.

Der Patient muß eine Fahrstrecke von 35-40 Minuten mit dem Auto zurücklegen. Die Bitte um eine vorzeitige Beendigung bezieht sich auf 5 Minuten.

P.(nach einer Pause): Ja, wobei dann noch dazu kommt, daß ich, kurz bevor ich weggefahren bin, in der Zeitung gelesen habe, das war gestern . . . ich weiß nicht, war das . . . eben ein . . . B 30 kurz vor der . . . vor der Auffahrt auf diese . . . die ausgebaute Strecke da hinter . . . daß da gestern ein schwerer Unfall passierte, wo also eine Frau im Krankenhaus gestorben ist und 3 oder 4 Schwerverletzte . . . hm . . . da kam also dazu, daß ich mir gedacht habe, naja, das bringen heute die Straßen, die waren eben auch . . . zum großen Teil trocken, so daß ich irgendwie gedacht habe, jetzt kannst du auch wieder normal fahren und bin eigentlich,

obwohl ich Zeit genug gehabt hätte, ziemlich schnell gefahren . . . ich meine auf diesem Stück nachher, da darf man dann auch 120 fahren, ich meine, ich weiß, daß der Tacho nachläuft, also 130, aber gerade bevor ich . . . als ich wusste, wo das jetzt sein muß und hab' auch geschaut, hab' aber nichts gesehen, und dann fiel mir dann . . . es ist mir so durch den Kopf gegangen, was das eben . . . was das für ein Gefühl sein muß, nicht, und da stand drin, dieser . . . dieser Wagen, der den Unfall ausgelöst hat, der ist aus Heilbronn, der ist mit einer . . . in der Kurve ins Schleudern gekommen, hat sich gedreht und stand quer auf der Straße, und der andere ist von der Seite in ihn reingefahren und die . . . eben die Schwiegermutter dieses Fahrers, die ist so schwer verletzt worden, daß sie nachher . . . daß sie nachher gestorben ist. Und da hab' ich mir also noch, als ich da vorbeifuhr, so überlegt, was das für ein Gefühl sein muß, wenn man einen Unfall hat und jemand, der mitfährt, der wird tödlich verletzt, oder auch wenn ich selber diesen Unfall auslöse und andere Leute dann, wie gesagt, von einem anderen Fahrzeug dabei ums Leben kommen, ja.

In gleicher Weise setzt der Patient seine "freie Assoziation" noch eine ganze Weile fort. Er erinnert, daß er auf der gestrigen Fahrt zur Stunde plötzlich so müde wurde, daß er eine Pause einlegen mußte.

P.: Ich meine, daß das eben auch . . . ich meine, daß ja eigentlich . . . auch hier bei unserem Gespräch eben diese . . . die Frage ja auch eine Rolle gespielt hat, nicht, die . . . daß eben durch die Straßenverhältnisse eine Gefahr auftritt und ich eigentlich hier auch nicht darüber gesprochen habe.

A.: Hm.

Die mit seinem Fahren zur Behandlung verbundenen Risiken werden durch weitere Einfälle gestützt; der Patient findet dann eine Verknüpfung mit der vorigen Stunde, in der diese indirekte Gefährdung durch die Behandlung, d. h. durch den Analytiker, schon thematisiert worden war.

P.: Eben vielleicht auch, weil ich dann irgendwie sofort dieses . . . irgendwie mich in diese Rolle zurückziehe und irgendwas . . . was soll's oder . . . ich meine, ich . . . oder in dem Sinne diese . . . die Belastung oder so, die muß ich ja . . . muß ich eben doch selber auf mich nehmen, ja.

A.: Was vermeiden Sie wohl dadurch, daß Sie es allein tragen?

P.(nach einer Pause): Ja, vielleicht ist es irgendwie doch die Kehrseite dieser unangenehmen und . . . und . . . und belastenden . . . und bestimmt auch einer gewissen angenehmen Seite der Behandlung, daß ich nämlich dabei das Gefühl habe, hm, eben wirklich hier selber entscheiden zu können, was ich mache und ob ich was mache, d. h. daß ich . . . äh . . . vielleicht auch . . . äh . . . obwohl das nicht so ganz richtig ist, nicht so ganz klar ist, eben auch vermeiden möchte, jetzt irgendwie . . . sagen wir mal . . . das jetzt . . . etwas pathetisch ausgedrückt . . . äh . . . irgendwie jetzt, irgendwie wie Mitgefühl oder so was zu . . . beispielsweise daß Sie jetzt da irgendwie Verständnis dafür ausdrücken, daß es eben eine schwierige Situation ist oder gefährlich ist oder so.

A.: Hm.

Der Patient kann dem Hinweis des Analytikers auf das Wozu seines Verhaltens etwas abgewinnen, nämlich daß er vermeiden möchte - was in der vorigen Stunde anklang -, daß sein Analytiker ihm zu nahe kommt, wenn er den Aspekt der Gefährdung thematisiert.

P.: Und das ist irgendwie . . . und irgendwie ist da . . . ich meine, wobei ich . . . wobei mir eben nicht . . . noch nicht so ganz klar ist, was das . . . äh . . . Primäre dabei ist, ob ich . . . äh . . . ob ich das wirklich nicht will, ob ich das eben . . . ob ich das wirklich allein tun möchte oder ob das eben auch diese . . . diese Scheu vor irgendeiner . . . ja . . . irgendeiner persönlichen Nähe oder so ist, die sich da irgendwie ausdrücken würde. Das ist . . . äh . . . das ist mir eben nicht . . . selber nicht so . . . nicht so ganz klar, und ich meine, was bei mir (räuspert sich) jetzt von diesem anderen Aspekt her gesehen, was eben bei mir so als

Vorstellung da ist, daß ich das selber . . . daß ich das eben selber entscheiden möchte, und zwar natürlich auch die andere Möglichkeit, sagen wir, daß ich mich jetzt nicht entscheiden würde, jetzt eben sagen würde, nee, das tu' ich nicht, das ist mir zu riskant oder so, ja, und dieses . . . und irgendwo möchte ich dann diese Entscheidung auch . . . hm . . . alleine treffen können, ohne jetzt . . . beispielsweise jetzt ohne irgendwie hier die . . . äh . . . Erlaubnis zu holen. Ja, das ist . . . das steckt auch da mit drin.

A.: Ja, folglich ist die Selbständigkeit dabei für Sie etwas sehr Wichtiges, und Sie werfen selber die Frage auf: "Ist das eigentlich primär oder könnte es sein, daß diese Selbständigkeit das Ergebnis ist?"; vielleicht haben Sie sich zurückgezogen von Erwartungen, und dieser Rückzug wird dann zu einem Gewinn an Selbständigkeit. Sie sind jetzt unabhängig von mir, ob ich nun dazu etwas Hilfreiches, Verständnisvolles sage oder nicht. Sie sind - und das ist ja ein Bild, was wir schon lange im Auge haben - jetzt der Held, der seinen gefährvollen Weg alleine meistert.

Einer seiner bevorzugten Tagträume in dieser Behandlungsphase handelt von einem Wildwesthelden, der Witwen und Waisen zu Hilfe kommt, um am Ende das Angebot der geretteten Frau auszuschlagen und weiterzuziehen.

P.: Ja, das ist mir eigentlich . . . das ist mir vorhin auch . . . sagen wir . . . so durch den Kopf gegangen, gerade auch jetzt die . . . die Art und Weise, wie ich . . . hm . . . wie ich im Augenblick mit meiner Frau umgehe, daß ich mich so weit zurückziehe und nur eine gewisse Verbindlichkeit aufrechterhalte.

Er schildert dann, wie seine Frau diese Versagung ihrer Wünsche nach Nähe und Intimität beklagt: "Aber von mir aus gesehen ist es wirklich so, daß ich kein Bedürfnis danach habe, daß ich also auch jetzt sexuell nichts - eigentlich nichts versäume oder gar keine Bedürfnisse habe."

Herr Gustav Y formuliert den Wunsch, daß er nur dann mit seiner Frau schlafen möchte, wenn diese daraus keine Ansprüche an seine Autarkie ableiten würde.

P.: Nicht, aber das ist tatsächlich so, daß ich im Augenblick also besonders stark . . . hm . . . ja . . . wie soll ich sagen . . . einfach meine Ruhe haben will, nicht. Man soll mich wirklich nicht mit irgendwelchen Dingen behelligen. Und das ist tatsächlich so, ich hab mich vielleicht auch so eingerichtet, daß ich mich in der . . . hm . . . in der Situation irgendwo auch ganz wohl fühle, zumindest eben . . . oder vielleicht diese anderen . . . anderen Wünsche oder Bedürfnisse tatsächlich . . . äh . . . weitgehend verdrängt habe.

A.: Hm.

Die Konkretisierung des Heldenraums im Alltag bestätigt, daß der Patient lieber seine sexuellen Wünsche verdrängt, um nicht in eine ihn beunruhigende Nähe zu seiner Frau zu geraten. Da seine Kindheit von einer langen Abwesenheit des Vaters (Kriegsgefangenschaft bis der Patient 10 Jahre alt war) überschattet war, wurde er, "der einzig überlebende Mann in der Familie", verwöhnt und eingeengt von einer dominierenden weiblichen Umwelt. Verständlicherweise war er in der Kindheit ständig von besorgten Vorwürfen umgeben, es möge ihm ja nichts passieren. Genau dies möchte er nicht vom Analytiker hören; dessen Verständnis für die Bedrohung auf der Straße, für die Gefahren der lustvollen Phallizität können ja nur Vorwürfe verdecken.

P.: Nicht, und es ist natürlich jetzt auch so, wenn . . . nicht, wenn ich . . . wenn meine Frau mir dann irgendwie . . . die . . . die Vorwürfe macht und . . . und mir sagt, daß sie mich hasst oder was, wirklich, dann ist meine Reaktion "ja, also bitte, ja, was willst du dann überhaupt, das Beste wäre, äh, wir reduzieren unsere Kontakte auf das Praktische und sonst kann jeder machen was er will".

A.: Der entscheidende Punkt liegt doch in dem Gefühl "was soll's", daß Sie da mit den Schultern zucken und denken, was soll ich darüber reden, was soll's eigentlich. Da erleben Sie lebensgefährliche Dinge auf der Fahrt hierher. Fast so, als ob Sie sich selber da

hineinbringen, indem Sie vorher diese Phantasien hatten, was da am Tag zuvor passiert ist und dann aufs Gas drücken und hier - was passiert denn nun hier - was ist in diesem "was soll's" eigentlich enthalten? Sie bringen sich schier um. Durch einen anderen natürlich, denn es könnte doch sein, daß Sie vielleicht auch nur Sekunden - äh - den anderen hätten früher sehen können und die Gefahr dadurch etwas geringer gewesen wäre.

P.(nach einer Pause): Ja, wobei . . . ja, sicherlich, im Gesamtzusammenhang schon, wobei ich . . . wobei ich das nicht . . . wobei nicht ganz deutlich geworden ist, ich meine, das, was ich jetzt geschildert habe von gestern. Ich sagte, das war auf der Fahrt hierher passiert, natürlich . . . aber insofern kann es ja nicht . . . hm . . . sagen wir mal . . . direkt eine Reaktion auf das gewesen sein, was wir besprochen haben.

Das Deutungsangebot beunruhigt den Patienten sofort, und er muß deshalb zunächst einmal eine Verneinung anbringen; im Vergleich zu früheren Phasen dieser Analyse kann er sich im Anschluss daran einen fruchtbaren Einfall gestatten.

P.: Ja. Ja, aber . . . das . . . jetzt fällt mir noch was ein, was das noch deutlicher macht, daß eben dann auch solche Phantasien aufkommen, wenn man das eben so dosieren könnte, nicht, daß ich mich jetzt bei so einem leichten Unfall aus dem Verkehr ziehen könnte, wobei natürlich sicherlich auch die Belastung im Geschäft eine Rolle spielt, nicht, sich vielleicht eben mit irgendeiner Verletzung oder so ins Krankenhaus zu legen und da erst mal irgendwie zur Ruhe zu kommen und zu sich selbst zu kommen. Nicht, das ist also auch . . . ich meine, das . . . das deutet ja auch darauf hin, daß da irgendein . . . äh . . . irgendein Wunsch oder so eine Rolle gespielt hat.

Immerhin hat der Patient im Laufe der Behandlung die regressive Idee von einer schweren Tuberkulose, die ihn jahrelang in ein Zauberberg-Klima verbannen würde, soweit abmildern können, daß er es bei einem "leichten Unfall" belassen kann, mit dem er sich "aus dem Verkehr" ziehen könnte.

Der Patient schildert dann eine wichtige Selbstbeobachtung, wie er einen ihm übertragenen Auftrag geradezu lässig "mit erheblich weniger Nervenkraft als früher" erledigt hat und selbst über seine Großzügigkeit erschrocken ist. Die kritische Instanz ist im inneren Zwiegespräch des Patienten mit anderen immer schon mitenthalten: "Mein Gott, wenn das jemand liest, was müssen die denken, was für ein Planer du bist." Aber er kann sich teilweise diesen Erwartungen entziehen.

P.: Ich hab mir gesagt, warum hängst du dir noch so eine Arbeit auf oder so, es ist ja doch egal, nicht, wenn es eben nicht stimmt, dann ist ja noch jemand da, der das nochmal korrigiert, und mit einer ähnlichen Einstellung gehe ich auch zur Zeit ins Geschäft. Ich bereite mich noch weniger vor als normal, aber ohne mich nachher so fürchterlich selbst zu bestrafen.

A.: Sie entziehen sich gewissen Erwartungen, die Sie an sich selbst gerichtet haben, damit vereinfachen Sie eine Situation für sich.

P.: Naja, ich meine, daß das natürlich auch widersprüchlich ist. Denn wenn ich das wirklich relativiere und mich ein bisschen auf den Wurstigkeitsstandpunkt zurückziehe, passt auf der anderen Seite natürlich nicht dieser Wunsch, dem Ganzen erst mal zu entgehen. Zumindest sehe ich selbst da irgendwie im Augenblick noch einen gewissen Widerspruch, aber ich meine, es kann natürlich auch sein, daß mir im Grunde nicht gleich eingefallen ist, daß vielleicht sogar noch mehr diese häuslichen Probleme mit eine Rolle spielen, denen ich da ja auch enthoben wäre, nicht.

A.: Es ist nur so, als Sie zum ersten Mal über die zusätzlichen Aufgaben sprachen, da war ganz deutlich im Raum eine Frage. "Warum hat mir der Chef die nur gegeben, warum grad' mir?", und da war eine kleine Andeutung, ob er das wirklich auch aussprechen würde. Da war vielleicht schon eine Erwartung von Ihnen, gelobt zu werden. Und dieses "was soll's" könnte eine Reaktion sein auf die Enttäuschung, ein Rückzug in eine Wurstigkeit, und analog

könnte dann hier das "was soll's" auch eine Reaktion auf eine Enttäuschung sein. "Es kümmert den ja doch nicht, wenn ich mir den Schädel einrenne." Und mit dem - durch das "was soll's" machen Sie sich unabhängig.

Kommentar: In der Schlussdeutung versucht der Analytiker, dem Patienten einen Grund für seine Pseudoautonomie zu vermitteln. Der Patient vermeidet die Enttäuschung des Wunsches, daß er nämlich eine Anerkennung sucht und statt dessen nur Besorgnis erntet. Gute Schulnoten waren zu Hause selbstverständlich, denn die Mutter sorgte sich nur um ihn, förderte ihn aber nicht in seiner motorischen Entfaltung. In der Adoleszenz zog er als Langstreckenläufer von niemandem gesehen seine Runden; seine Tagträume aber handelten von 100-m-Kurzstrecken-Erfolgen, die vor der Haupttribüne stattfinden würden.

In der Übertragungsbeziehung geht es um die Vermeidung des Wunsches nach Anerkennung seiner gefährlichen „Lebensreise“; im nachhinein scheint jedoch dieser Aspekt nicht so deutlich geworden zu sein. Die Interventionen des Analytikers sind auf den Widerstand gerichtet, der die Abhängigkeitswünsche verdeckt.

4.3 Unlust als Es-Widerstand

Zum besseren Verständnis dieses Abschnitts empfehlen wir zuvor die Lektüre von Abschnitt 9.3. Dort berichten wir zusammenfassend über die Krankengeschichte von Herrn Christian Y und über den äußeren und zeitlichen Rahmen seiner Analyse. Nach Überwindung seiner Trennungsängste, für die wir unter 9.3.1 ein Beispiel aus der 203. Sitzung geben, konnte der Patient von der 320. Sitzung an ambulant behandelt werden. Zum Zeitpunkt der 503. Sitzung hatten seine Unlust und Unfähigkeit einen Tiefpunkt erreicht. Er ist endlich und gerade noch in der Lage, zu Fuß in meine Praxis zu kommen. Einige phantasievolle Aktivitäten bringen keinerlei Befriedigung oder einen Zuwachs an Selbstvertrauen.

Seine Symptomatik besteht in dieser Behandlungsphase in einer extremen Lustlosigkeit, die sich als Arbeitsunfähigkeit und Faulheit äußert. Lange Zeit war die ihn nun sehr quälende Faulheit durch schwere Angstanfälle überdeckt gewesen, die ihn am aktiven Handeln und Arbeiten gehindert hatten.

Unter deskriptiven Gesichtspunkten geben wir der alles durchdringenden Unlust eines Patienten die Qualität eines Es-Widerstands, den wir freilich nicht auf die "Trägheit" oder "Schwerbeweglichkeit" der Libido (Freud 1918 b, S. 151; 1940 a, S. 108) zurückführen (s. Grundlagenband 4.4). Tatsächlich scheint sich in den beiden wiedergegebenen Sitzungen, die für einen längeren Behandlungsabschnitt exemplarisch sind, nichts zu bewegen. Der behandelnde Analytiker bemüht sich geradezu verzweifelt darum, in den monotonen Klagen des Patienten über seine absolute Unfähigkeit einen Sinn zu entdecken. In der Unlust, die als fast unüberwindbarer Widerstand in Erscheinung tritt, werden verdeckte und gänzlich unbewußte Befriedigungen des analen Trotzes und der dazugehörigen regressiven Selbstbehauptung gesehen. Der Patient freilich ist weit davon entfernt, die Macht, die in der Passivität liegt, zu erkennen oder den Triumph zu genießen. Die Stimmungen des Patienten pendeln zwischen Extremen hin und her, wobei das Angstsignal in uniformer Weise und unabhängig davon aufleuchtet, ob Herr Christian Y seine Wut offen zum Ausdruck bringt oder diese hinter der Passivität oder Selbstdestruktivität zurücktritt. Die Angst schützt ihn aber auch dagegen, die Behandlung abzubrechen und sich umzubringen. Insgeheim entwickelt Herr Christian Y in Vorbereitung auf seinen zukünftigen Beruf Schaltpläne und Programme, mit denen er seinen Vater in den Schatten stellt. Die realistische Betrachtung seiner Leistung nimmt dann wiederum seinen Omnipotenzvorstellungen allen Wind aus den Segeln. Je mehr er Schritt für Schritt im Leben erreicht, desto augenfälliger wird die Diskrepanz zu der subjektiven Selbsteinschätzung als zentrales Problem der Therapie.

Wie der folgende Ausschnitt aus der 503. Stunde zeigt, insistiert Herr Christian Y auf der Vorstellung, er könne nur fleißig werden, wenn der Analytiker ihn fleißig mache. Er erwartet Lust oder Aktivität durch die Einwirkung des Analytikers.

P.: *Ich habe ja immer Angst, jemandem auf die Nerven zu fallen oder zu frech zu sein. Wenn ich hier herkomme, bin ich meist schon nervös, so daß ich mir zusätzliche, auch nur ganz geringfügige Belastungen nicht leisten kann. Ich kann ja gerade anfangen, womit ich auch will, Sie lenken mich immer auf den Trotz. Was wollen Sie denn damit anfangen? Mich langweilt das, über Trotz zu reden, weil mich jetzt interessiert, wie ich fleißig werde, und ich finde keinen Zusammenhang zwischen Trotz und Faulheit, und ich finde es auch unnötig, über den Trotz zu reden, weil Wut drinsteckt, und mit der Wut ist das so eine eigene Sache, die geht ja immer noch nicht weg. Wenn Sie immer auf den Trotz zurückkommen, muß es doch damit eine Bewandnis haben. Was ist los, warum sagen Sie nichts?*

A. (nach einer Pause): *Eine wichtige Seite daran ist, das direkte Vergnügen zu blockieren und den anderen unfähig zu machen, das war ja etwas, was Sie gestern nachvollziehen konnten.*

P.: *Nein, mir leuchtet gar nichts ein, das Vergnügen am Trotz ist doch uninteressant, denn ich will wirklich nicht bremsen. Ich versuche ja, über etwas zu reden. Es ist völlig uninteressant, daß ich mich an den Stellen, an denen Sie nichts sagen, darüber freue, so als ob ich dann die Oberhand gewonnen hätte. Wichtig ist die Erkenntnis, daß ich daraus nämlich nicht die Meinung ziehe, Sie könnten mir nicht helfen. Sonst ist da nichts dran. Ich finde, daß wieder Zeit vertan worden ist, das ärgert mich, ich will ja weiterkommen, z. B. fleißiger werden. Warum ist damit gar nichts, wirklich nichts? Ich will mich nicht anstrengen, ich habe Angst, was Dummes anzustellen. Warum helfen Sie mir an den Stellen nicht weiter? Ich kann nichts Eigenes denken, keine eigene Meinung haben, ich bin immer abhängig von anderer Leute Meinung, warum habe ich Angst vor Kritik? Meiner Meinung nach mache ich bloß Scheiße. Ich rede, denke, tue - Scheiße, nichts anderes. Ich frage mich, warum mir Ihre Zustimmung nicht genügen würde. Aber die ist mir nicht wichtiger als die Zustimmung anderer Leute, und außerdem will ich nicht was tun, um dafür Ihre Zustimmung zu erhalten, weil ich ja gerade davon unabhängig sein will. Wenn Sie mir so einen Generalkonsens geben, fange ich damit überhaupt nichts an, das ist ja zu wässrig. Ich kann das nicht als Hilfestellung begreifen, ich behalte die Angst, das ist alles Scheiße, was ich mache, wie ich geh' und steh', was ich anfasse, was ich denke, irgendwie mache ich nun tatsächlich Mist. Ich habe entsetzlich Angst, etwas falsch zu machen. Angst vor dem Ausgelachtwerden, Angst vor der Wut. Ich werde immer wieder was falsch machen, und es wird nie vollkommen sein, was ich tue, also muß ich immer mit ungünstigen Erscheinungen rechnen. Etwas anderes ist, daß ich mich nie mit irgend jemandem auseinandersetzen kann, das ärgert mich immer so. Ich kann nur nachgeben, beipflichten, und das will ich nicht. Wenn Sie mir nicht helfen, das in Ordnung zu bringen, dann bleibt es halt wie es ist.*

A.: *Sie fürchten also, wenn von mir nichts kommt, keine Hilfe, daß Sie dann selbst nichts machen können.*

Es ist ein Versuch, dem Patienten zu zeigen, daß er auch unabhängig ist, obwohl dies nur allzu vorsichtig impliziert ist. Diese Vorsicht hängt z. T. damit zusammen, daß fast alles "falsch" ist, was ich sagen, vorschlagen oder machen könnte. Auf der anderen Seite kann Herr Christian Y erfahrungsgemäß längeres Schweigen nicht ertragen. Er benötigt meine Antwort als Rückversicherung. Diese Beunruhigung ist auch in dem letzten Satz seiner Eröffnung der Stunde zu spüren, "Was ist los, warum sagen Sie nichts?" Die Beunruhigung würde unerträglich, wenn ich schwiege. Zugleich setze ich mich, was den Inhalt angeht, seiner scharfen Kritik aus. Eine Zeitlang hat der Patient meine Äußerungen auswendig gelernt, und ich hatte nicht begriffen, daß er daraus einen Halt für sich zog.

P.: *Ja, so ist es doch. Ich befürchte es nicht, es ist so. Können Sie mir eine andere Lesart verraten? Wenn gar nichts von Ihnen käme, wenn ich wegbliebe, was wäre dann mit meiner*

Angst? Was soll das, ich verstehe Sie nicht. Hören Sie, wie kriege ich die Angst los bei allem, was ich anfasse? Ich komme mit der Angst her, ich kriege nichts von Ihnen dazu und bin dann unglücklich, daß ich wieder nichts dazu gewonnen habe. Zum Beispiel freue ich mich jetzt wahnsinnig auf die Ferien, weil ich dann nicht jeden Tag die Angst haben muß, jetzt komm' ich wieder umsonst hierher.

A.: Ja, Sie freuen sich wahnsinnig, daß Sie mal eine Zeitlang nicht zu kommen brauchen.

P.: Nur von der einen Seite her gesehen.

A.: So eine richtige Freude.

P.: Aber das ist ja auch wieder so eine Art Trotz. Da wend' ich mich wütend von Ihnen ab und nehme den Nachteil in Kauf.

A.: Worin liegt eigentlich die Voraussetzung der Idee, daß wenn von mir nichts kommt, auch bei Ihnen nichts sein kann. Da wird doch anscheinend mein Schweigen zu der Erfahrung, daß bei mir nichts ist, aber warum ist dann auch bei Ihnen nichts?

Diese Frage drückt vermutlich Ratlosigkeit aus. Indirekte Ermutigungen reichen nicht aus, und es bleibt nur übrig zu ertragen, daß ich es falsch mache.

P.: Dann probier' ich's mal mit einer Gegenfrage: Was würden Sie denn sagen, was die heutige Stunde mir für einen Gewinn gebracht hat oder was die gestrige gebracht hat, können Sie mir das sagen?

A.: Ja, es ist wirklich eine Frage, was ein Gewinn ist.

P.: Ein Gewinn ist, wenn ich ein Problem besser lösen kann, ein Gewinn ist, wenn ich weniger Angst habe.

A.: Also wäre es ein Gewinn der heutigen Stunde, wenn Sie daraus gelernt hätten, daß bei Ihnen etwas ist, ohne daß von mir etwas dazukommt.

P.: Bei mir ist nichts, sondern Angst, zuviel Angst.

A.: Es gibt also einen Zusammenhang zwischen meinem Schweigen und Ihrer Angst.

P.: Sie haben doch die ganze Stunde praktisch nichts gesagt, was zu irgendeiner meiner Ängste einen Zusammenhang hat. Wenn ich weiterhin Angst habe, Blödsinn zu machen, ist wirklich nichts gewonnen.

A.: Was sich hier abspielt, ist ein Beispiel Ihrer Arbeitsstörung. Wenn ich hier nicht sofort etwas von dem aufgreife, was Sie sagen oder es indirekt bestätige, dann ziehen Sie blitzartig den Schluß, daß das alles hier Scheiße war, daß es nichts wert ist, und daß es erst was wird, wenn ich daraus etwas mache, wenn ich, wie man so sagt, meinen Senf dazugebe.

Herr Christian Y ist in höchstem Maße von Anerkennungen abhängig. Aus der grenzenlosen Verwöhnung und Liebe seiner Mutter ist, wie er in anderem Zusammenhang sagte, eine Mangelkrankheit entstanden, die darin besteht, daß er auch heute nicht so sein kann wie er selbst sein möchte. Trotzdem glaubte ich, ihm Eigeninitiative zutrauen zu können. Es ist ein höchst eigenartiger Mangel: Zuviel des Guten hat dazu geführt. Oder anders gesagt: Das Gute wuchs dem falschen Selbst zu. Was der Patient sein möchte, bleibt als dunkle Ahnung versteckt.

P.: Ja ja.

A.: Wenn also der Senf dazugemischt wird, mein Senf. Es ist ja ein Problem Ihrer Arbeitsstörung, daß Sie rasch entmutigt sind, wenn Sie etwas in die Hand nehmen und das eine und das andere probieren.

P.: Ich bin immer noch nicht damit einverstanden, ich habe ja nichts weiter getan, ich habe irgendwelche Ängste geschildert, ich habe nicht versucht, irgend etwas zu lösen, weil ich das nicht kann und weil ich schon gar keinen Einfall dazu hatte, und ich glaube nicht, daß man das so simpel übersetzen kann. Ich habe Fragen gestellt und in der Hauptsache keine Antwort darauf gefunden, und das ist ein enttäuschendes Erlebnis, weil von der Beantwortung der Fragen für mich abhängt, ob ich weiter soviel Angst habe oder ob's weniger wird. Ich habe recht, und es wäre eine Selbsttäuschung, so zu tun, als hätte ich keine Angst, wenn ich doch

Angst habe. Wenn ich so vor mich hinrede, kann das nicht wertvoll sein. Ich sehe halt nicht ein, daß ich aus der heutigen Stunde einen Gewinn gezogen habe. Zu der Angst, die ich habe, haben Sie nichts gesagt, und an der einen Stelle, wo Sie sagen, Sie hätten was gesagt, ist es eine Täuschung.

A.: Wenn ich also nichts sage, dann kriegen Sie Angst?

P.: Die Angst hab' ich schon vorher.

A.: Ich weiß wohl, aber aktuell ist es, vereinfacht gesagt, so, daß die Angst da ist, wenn ich nichts sage.

P.: Zunächst ärgere ich mich, und vielleicht krieg' ich dann Angst.

A.: Dann kommt also aus dem Ärger eine Angstverstärkung?

P.: Es vergeht Zeit, ich versteh' das nicht, was Sie damit wollen.

A.: Wenn ich nichts mache, dann meinen Sie, auch nichts machen zu können.

P.: So ist es doch, natürlich ist nicht nichts, aber viel zu wenig.

A.: Also wenn bei mir kein Senf ist, ist bei Ihnen auch keiner.

P.: Ja, so ist es doch, ich finde das ist so, weil mir's ja so schlecht wird.

A.: Ja ja.

P.: Und solange mir's schlecht wird, ist bei mir kein Senf.

A.: Es ist sehr ernstzunehmen. So eng ist die Verbindung, daß bei Ihnen nur was gut ist, wenn es der gleiche Senf ist, wenn der Senf ein gemischter Senf ist. Wenn Sie also allein was machen, dann ist es - wie soll ich sagen - solange Scheiße, solange nicht mein Senf dazugekommen ist und dann gemeinsam im Topf gerührt werden kann.

P.: Jetzt hab' ich aber nichts gefunden, also bleibt's für mein Erlebnis Scheiße. Also ich finde, ich habe recht, und wenn ich stur erscheine, vielleicht bin ich auch bloß zu dumm, um das zu begreifen, ich verstehe Sie nicht. Ich kann auch das Problem anders lösen, indem ich nichts mehr bei Ihnen suche, aber dann habe ich natürlich im Endeffekt nichts gelöst. Wo denk' ich denn falsch im Moment, wo sitzt der Haken? Ich will mich ja nicht sperren, wenn Sie mir das bessere Wissen zu vermitteln haben.

A.: Das Problem ist, daß man, um etwas selbst machen zu können, auch Gemeinsamkeit benötigt.

P.: Ja und wenn Sie nichts sagen?

A.: Jetzt sehen wir gerade, daß also offenbar immer noch eine große Angst da ist, wenn nicht aus einem gemeinsamen Topf geschöpft wird, wenn Sie etwas selbst produzieren. Deshalb sagte ich vorhin, es sei eine richtige Freude für Sie, nun eine Zeitlang nichts mit mir zu tun zu haben. Es steckt zwar Trotz drin und Zurückweisung, aber es ist auch eine Demonstration Ihrer Unabhängigkeit . . .

Wie könnte Herr Christian Y aus dem Dilemma herauskommen, daß ihm Abhängigkeit zuwider ist und er sich zugleich Unabhängigkeit nicht zutraut? Die Selbstentwertung des Patienten ist so schwer zu ertragen, daß ich hier vermutlich einen Versuch machte, sein unabhängiges Können hervorzuheben.

In der folgenden Sitzung geht es unverändert weiter.

P.: Ich kriege Schiss, wenn ich an die Anzeichen von Müdigkeit denke, damit bin ich wieder bei der Faulheit. Wissen Sie, ich werde nie gesund. Ich habe zur Arbeit überhaupt keine Beziehung. Irgendwas zu tun ist mir völlig fremd, aber wirklich völlig fremd, es ist nichts zu machen. Ich bin am letzten Freitag auch wieder so verzweifelt gewesen, wenn ich mir die Woche angeschaut habe, war doch nichts dabei, aber wirklich nichts, was irgendwie in mir die Lust an der Arbeit wecken könnte, nichts, und ich weise das Arbeiten völlig von mir. Ich will auch nicht arbeiten, es lohnt sich nicht, sich anzustrengen. Ist alles lustlos, das Leben ist überhaupt lustlos, leer und langweilig, und es wird nie besser, da bin ich felsenfest überzeugt. Warum soll ich dann so eine fade, graue Zukunft auf mich nehmen, absurd . . .

A.: *Also dort, wo es darum ginge, daß Sie selbst etwas tun, trage ich besonders wenig bei, nichts oder so gut wie nichts.*

P.: *Das ist das Thema.*

A.: *Wo Sie was tun und ich nichts tue, wo es darum geht, daß Sie eine größere Aktivität entwickeln ohne mich. Es wäre also Ihr Ziel, ohne mich mehr zu machen?*

P.: *Ja, aber ich kann es nicht, weil ich faul bin zum Beispiel.*

A.: *Was wird denn erreicht durch die Faulheit? Was möchten Sie erreichen, indem ich einspringe?*

P.: *Das weiß ich nicht, wieso sollten Sie einspringen? Ich will's doch selber machen, habe einige Ängste drumrum, die ich Ihnen dauernd erzähle, die Sie aber links liegen lassen. Ich habe Angst, irgend etwas zu tun. Ich habe Angst vor Prüfungssituationen. Heute nacht hab' ich wieder von irgend so was geträumt, da mußte ich eine Prüfung machen und bin dann dagesessen und habe nichts gekonnt und habe furchtbar Schiss gekriegt und bin dann noch von irgend jemandem bestraft worden. Ich habe Schiss. Da können wir mal anfangen, was will ich von Ihnen? Nichts! Ich will nichts Persönliches, es gefällt mir, unpersönlich zu leben, ich will kühl sein und distanziert, das ist schöner.*

Kommentar: Hier werden die gegensätzlichen Strebungen in einem Atemzug genannt. In dem Augenblick, in dem der Patient selbst etwas machen möchte, tritt sofort eine lähmende Angst auf, die ihn paralyisiert. Ganz abgesehen davon, daß der Analytiker mit der konkreten Anerkennung zu zurückhaltend war, ist es für den Patienten auch beschämend, abhängig zu sein; so fällt es ihm schwer, Hilfe anzunehmen. Sein unzufriedenes Schimpfen über den Mangel an Hilfe ist nicht nur schwer zu ertragen, sondern führt beim Analytiker zur Besorgnis, daß die daraus entstehenden Schuldgefühle sich angststeigernd auswirken.

A.: *Ja, das meine ich ja. Sie wollen etwas alleine machen, ganz sachbezogen, und das ist das Problem, warum geht das eigentlich nicht, warum?*

P.: *Zum Beispiel weil ich Angst habe, daß ich was mache, das von irgend jemand anderem unter die Lupe genommen wird, z. B. weil ich mir keine eigene Meinung leisten kann, weil ich mich mit niemandem auseinandersetzen kann, was weiß ich. Ich bin so ungenau, ich bin so unkonzentriert hastig, wenn ich was tue, habe Angst vor irgendwelcher Zurückweisung. Es ist schrecklich, wenn ich was falsch gemacht habe.*

A.: *Ja, und solange ich Ihnen etwas abnehme, für Sie denke, mit einspringe, solange sind Sie der Gefahr entzogen, daß Sie etwas selbst machen und ich in die Rolle des Kritikers rutsche.*

P.: *Das verstehe ich nicht.*

A.: *Solange ein anderer Ihnen alles abnimmt, solange Sie ganz passiv sein dürfen und der andere für Sie einspringt, der andere Ihre Meinung vertritt, der andere Sie vertritt, solange fühlen Sie sich sicher.*

Kommentar: Die Unlust des Patienten wird vom Analytiker in diesen Stunden vorwiegend als analer Trotz aufgefasst. Demgemäß wird die verdeckte Lust in der passiven Aggressivität, in der trotzig Selbstbehauptung gesucht. In der hier geschilderten Stunde wird besonders die interaktionelle Seite des Trotzes in den Mittelpunkt der Deutungsstrategie gestellt, und das unbewußte Schema der Analität wird - wenn auch in Analogie - besprochen. Der Analytiker versucht, den Patienten für ein Verständnis der (Übertragungs-)Beziehung zu gewinnen, in der der Patient den Analytiker offen mit in die Scheiße (Senf) ziehen kann. Der Patient bezeichnet sich selbst ausdrücklich als "Scheißkerl".

Nach wie vor läßt sich in den Klagen des Patienten über seine körperliche Unfähigkeit auch eine Kastrationsangstkomponente identifizieren, deren Wurzeln aber, wie gerade in diesen Auszügen festzustellen ist, in tiefere Schichten reichen.

Die Idee des Patienten, daß seine "Substanzdefekte" nur durch materielle Zufuhr geheilt werden können, ergibt ein behandlungstechnisch sehr schwieriges Problem. Dieses wird dadurch verstärkt, daß der Patient jedes Angebot einer konkreten Vermischung zugleich als

schwere Erniedrigung erlebt. Daraus resultiert seine immer wiederkehrende Stimmung der Hoffnungslosigkeit, die mit Abbruchs- und Suiziddrohungen einhergeht.

4.4 Stagnation und Therapeutenwechsel

Eine selten diskutierte Frage gilt der realistischen Einschätzung einer unter den Augen des Analytikers eintretenden Stagnation in der Behandlung, für die sich meist plausible Gründe in der Psychodynamik der Patienten finden lassen. Es liegt nahe, an eine negative therapeutische Reaktion (Freud 1923 b) zu denken, deren unbewußte Motivierung wir im Grundlagenband unter 4.4.1 diskutiert haben.

Diese Sichtweise vernachlässigt aber den Beitrag des Analytikers beim Zustandekommen einer Stagnation. Es ist wahrscheinlich, daß die persönliche Gleichung und die Technik auch einen Anteil daran haben, wenn therapeutische Veränderungen ausbleiben. Ergebnisse der Therapieforschung unterstreichen nämlich, daß eine vorausgehende ungünstige Therapieerfahrung keinen negativen Prädiktor für einen weiteren Therapieversuch darstellen muß, was als statistisches Ergebnis gängigen klinischen Auffassungen widersprechen dürfte (s. dazu Kächele u. Fiedler 1985). Stattdessen gewinnt die Bedeutung des „patient-analyst match“ zunehmende Anerkennung in der psychoanalytischen Fachwelt, auch wenn die Datenbasis in den klinik-nahen Untersuchungen von Kantrowitz (1993, 1995, 1998) recht schmal ist.

Maria X

Wegen eines sich lange hinziehenden Stillstands konsultierte die Patientin Frau Maria X im Einvernehmen mit ihrer Therapeutin einen anderen Analytiker. Die Vergeblichkeit des therapeutischen Bemühens wurde von beiden Seiten erlebt, führte jedoch zu unterschiedlichen Schlüssen. Die Patientin wollte keineswegs aufhören, die Therapeutin hingegen empfahl eine Pause und stellte einen späteren Wechsel zu einem männlichen Therapeuten anheim. Zu dieser resignierenden Sichtweise hatte geführt, daß alle Bemühungen, der diffus-ängstlichen Patientin mit einer depressiven Grundstimmung etwas Gutes zu vermitteln, anscheinend scheiterten. Die chronische Unzufriedenheit mit sich und ihren Lebensumständen, die von einem Grundgefühl des Mangels bestimmt war, blieb über fast 2 Jahre unzugänglich. Da die Patientin jede Einsicht in unbewußte Konflikte mit einer Verschlechterung beantwortete, wurde eine negative therapeutische Reaktion diagnostiziert.

Bei misslingenden Therapien stellt sich der Analytiker kritischen Fragen, und solche Situationen setzen ihn selbst auf eine Anklagebank, wie Wurmser (1987) hervorhebt:

Eine Abwehrtaktik, die bei Depressiven besonders beliebt, wenn nicht für sie typisch ist, besteht darin, daß man *den anderen so schuldig und demütig zu machen* versucht, wie man sich selbst fühlt. Wie wird das zustande gebracht? Durch offenes und verhülltes Anschuldigen. Es ist eine Art des Spießumdrehens, das die Abwehrformen der Projektion und der Wendung vom Passiven ins Aktive umfaßt sowie einen Übergang von der Identifizierung mit dem Opfer zur Identifizierung mit dem Ankläger bedeutet. Dies kann auch zu einer gewaltig starken Art des Übertragungswiderstandes werden. Ich glaube, daß ein guter Teil der *negativen therapeutischen Reaktion* eben dieser *Spießumdrehung der Anklage* zuzuschreiben ist (S.149; Hervorhebungen im Original).

Gewiss gibt es verschiedene Wege, sich mit dieser Anklage auseinanderzusetzen. Wurmser beschreibt in eindrucksvoller Weise, wie er den Kampf mit diesen für jeden Analytiker belastenden, scheinbar unbehandelbaren Patienten über viele Jahre zu führen versteht. Nicht zuletzt hebt er auch die Flexibilität im Umgang hervor, die unter gewissen Umständen einen Wechsel des Therapeuten einschließen können.

Bei der Konsultation beklagt die 37jährige Frau in verbitterter Weise, daß sie in der nun schon fast 2Jahre dauernden Behandlung immer angestrengt mitgemacht habe. Nach all der

Zeit müsse sie feststellen, daß sich noch nichts an dem grundsätzlichen Problem ihrer Unzufriedenheit mit sich selbst und ihrem Versagensgefühl geändert habe. Ich erkundige mich nach der Gestalt der therapeutischen Beziehung aus der Sicht der Patientin und stelle fest, daß es eine große Zahl von Fragen gibt, die die Patientin nicht zu stellen gewagt hatte, insbesondere solche, die die Person der Therapeutin betreffen. Mein zusammenfassender Eindruck ist, daß die Patientin nicht genügend ermutigt wurde, die aus der Mutterbeziehung stammende negative Übertragung auszutragen.

Die Diagnose einer negativen therapeutischen Reaktion schiebt u.E. alle Verantwortung für den bisherigen Fehlschlag zu einseitig der Patientin zu; statt dessen sollte herausgefunden werden, welche interaktionelle Verfestigung dazu geführt hat, daß die vermutlich real bestehenden Schwierigkeiten der Patientin nicht mehr günstig beeinflußt werden konnten. Das Ziel eines erneuten Behandlungsversuchs muß es in diesem Falle sein, den Negativismus der Patientin in eine offene negative Übertragung zu transformieren. Die ursprünglich angestrebten Behandlungsziele und die Behandlungsrealität wurden u.E. in dieser ersten Behandlung nicht genügend zur Deckung gebracht.

Das Vorgehen, der Patientin zunächst eine fokale Therapie anzubieten, bei der die bisher nicht bearbeiteten negativen Aspekte der Beziehung zur Therapeutin in den Mittelpunkt rücken sollten, trägt in einer Hinsicht der Skepsis der Vorbehandlerin Rechnung; in anderer Hinsicht ist die Therapieplanung darauf abgestellt, als umgrenztes Ziel zunächst das zutreffend beschriebene Problem der negativen Mutterübertragung anzugehen.

Frau Maria X wurde ursprünglich zur Abklärung eines Bluthochdrucks unklarer Genese, der seit 11 Jahren bestand, an eine Abteilung für Innere Medizin überwiesen. Die somatischen Untersuchungen ergaben, daß die Hypertonie auf eine Nierenarterienstenose zurückzuführen ist, von deren operativer Korrektur abgeraten wurde. Seit 11 Jahren besteht auch die "Unzufriedenheit", wie die Patientin ihr Symptom selbst beschreibt. Darüber hinaus leidet sie seit der Pubertät an Angstzuständen, die v. a. in Streßsituationen oder bei Auseinandersetzungen mit Autoritätspersonen auftreten. Eine psychosomatisch orientierte Hypertonieberatung führte zur Einleitung der regulären Psychotherapie, da sich als Reaktion auf die körperliche Erkrankung die erwähnten Angst- und Minderwertigkeitsgefühle verstärkt hatten. Die Patientin befürchtete ungünstige Auswirkungen auf ihre Partnerschaft.

Im Kassenantrag wird bezüglich der Psychodynamik des Konflikts das Spannungsverhältnis zwischen enger Bindung an die Mutter und ungenügender Trennung von ihr mit entsprechenden Wut- und Enttäuschungsreaktionen hervorgehoben. Versuche der Trennung führen zu äußerlich inadäquaten Reaktionen, die wiederum mit heftigen Schuldgefühlen verbunden sind. Vorgesehen wurde eine zeitlich nicht begrenzte analytische Therapie. "Die zugrundeliegende Ablösungsproblematik und der hiermit verbundene massive Aggressionskonflikt lassen erhebliche Widerstände erwarten, die im Rahmen der Übertragungsentwicklung bearbeitet werden sollen."

Nach dieser einleitenden Skizzierung der Problemlage geben wir nun einige Passagen wieder, in denen sich das von der Kollegin geschilderte Verhalten der Patientin erneut zeigt, und versuchen, einen therapeutisch günstigen Umgang aufzuweisen.

Nach der Vereinbarung einer Fortsetzung der Therapie bei mir gebe ich ihr das Antragsformular für die Verlängerung der Kassenleistung. In dem Moment, in dem die Patientin das Formular in die Hand nimmt, seufzt sie - nicht laut, doch vernehmlich. Ich weise sie auf diese Äußerung des Unbehagens hin, und sie sagt widerwillig, sie habe keine Lust, solches Zeug auszufüllen.

Mich beeindruckt diese erste Demonstration des Verhaltens, das die überweisende Kollegin mir auch berichtet hat; auf der Linie meines Verständnisses deute ich folgendes: *A.: Für Ihr Erleben ist das schon zuviel, ein Fragebogen, den Sie kennen und der Ihr Interesse verkörpert - es dauert keine 2 Minuten, ihn auszufüllen, und ist doch 6000 Mark*

wert: Da besteht doch ein Missverhältnis zwischen realer Leistung und dem, was es für Ihr Erleben bedeutet? Im Seufzen ist vielleicht der Wunsch enthalten, im Paradies bleiben zu können, wo Milch und Honig fließen.

Meine Stimmung der Patientin gegenüber war keineswegs unfreundlich, sondern eher erstaunt über diese paraverbale Weise, ihren Unmut und die Lustlosigkeit auf den kleinsten möglichen Nenner zu bringen. Deshalb ist die Bemerkung auch von einer gewissen Sympathie für die Patientin getragen.

P.: Na ja, solche Fragebögen habe ich schon bei den Voruntersuchungen an der Uniklinik sehr viele ausfüllen müssen; damals hab' ich nicht widersprochen, obwohl ich das gekonnt hätte.

A.: Hier geht es um Ihren Vorteil, und Sie seufzen.

Ich überlege mir dabei, daß das Seufzen eine chronifizierte Reaktion auf Überforderung darstellen könnte und eine Verschiebung des Protests auf paraverbale Äußerungen. Das Seufzen passte dann auch zu einem ausgeprägten Gefühl, das die Patientin mir vermittelt, daß sie sich geschmackvoll kleiden und geben kann und doch ihr Gesicht trotz aller Kosmetik eine düstere Stimmung ausdrückt.

P.: Ja, immer wenn es um meinen Vorteil geht, komme ich ins Schleudern. In den letzten Tagen haben meine Ängste wieder zugenommen, ich muß im Betrieb eine neue Gruppe übernehmen, die ich schulen soll.

Von der Bemerkung ausgehend, daß die Ängste durch einen höheren Anspruch an ihr Wissen und ihre Kompetenz als betriebsinterne Weiterbildungsbeauftragte stimuliert werden, schließe ich auf eine hintergründig selbstkritische Einschätzung der Patientin.

A.: Ihre Ängste werden vielleicht verständlich, wenn wir uns mit der Frage befassen, was Sie sich zutrauen und was von Ihnen gefordert wird.

Die Patientin schildert dann ihre für sie enttäuschende Schulkarriere; sie sei 2mal durchgefallen und dann vom Gymnasium weg - warum sie durchfiel, bleibt unklar. Das Abitur hat sie über den 2. Bildungsweg nachgeholt, als sie feststellte, daß ihr die einfache Tätigkeit nicht genügte.

In der folgenden Stunde gibt sie mir mit einem Seufzer den ausgefüllten Antrag zurück. Ich greife den Seufzer erneut auf: "Alles ist zuviel". Das findet die Patientin auch, schaut mich etwas verdutzt an, daß ich ihre Stimmung so direkt aufgreife, grinst etwas, aber sie bleibt in der miesen Stimmung.

P.: Mir ist schon das Gefühl zuviel, zur Therapie kommen zu müssen, hier reden zu müssen.

A.: Das würde ich gerne genauer verstehen wollen, was heißt alles, gibt es Beispiele dafür, wie alles sich vom Spaß zu einem Muss verwandelt?

P.: Ja, zum Beispiel muß ich Tennis spielen, wenn das Wetter schön ist, oder ich muß dann spazieren gehen, alles was ich mir wünsche, verwandelt sich in ein "du musst das machen". Wenn ich mir heute vornehme, aus Spaß morgen an einer Veranstaltung der Volkshochschule teilzunehmen, dann fällt mir bestimmt morgen auf dem Weg zur VH schon wieder ein, daß das jetzt auch wieder ein Muss ist.

Ich denke bei ihrer gequälten Schilderung an einen Säugling, der mal Hü und mal Hott sagen möchte, der noch keine Verpflichtung eingehen möchte und muß. Also verbalisiere ich etwas von dieser Idee:

A.: Ein Wunsch wird in dem Moment zum Muss, zum Zwang, wenn Sie das Gefühl haben, er hat sich verselbständigt, Sie müssen Ihrem eigenen Wunsch folgen; Sie möchten in jedem Moment mal Hü und mal Hott sagen können, ohne Konsequenzen befürchten zu müssen.

Wir kommen auf die Mutter zu sprechen, die viel arbeiten mußte und dabei laut mit sich selbst redete: Ich muß das noch tun, ich muß noch jenes tun. Der Vater habe vergeblich versucht, der Mutter zu sagen: Jetzt musst Du mal nichts tun!

Ich deute, daß sie die Mutter in sich trage und mit sich selbst so umspringe, wie die Mutter mit sich selbst umgesprungen sei. Es gebe also 2 Seiten bei ihr: eine Wunschseite und diese sehr starke Gewissensseite.

Bei dieser ausführlich gegebenen Deutung, die ich der Patientin emotional nahezubringen versuche, fängt sie zu weinen an. Es gelingt ihr bald, sich zu fangen. Mir wird deutlich, daß sie immer wieder überrascht wird von den sonst gut kontrollierten Sehnsüchten nach Verwöhnung und Wunscherfüllung. Im Ausmalen ihrer Phantasie und im Hinblick darauf, daß sie ja bereits eine längere Therapie durchgestanden hat, teile ich ihr mit, daß diese weiche, weinende Seite am liebsten auf die Couch gepackt sein möchte, mit einer Decke darüber. Dies aber würde ihre andere Seite nicht erlauben.

P.: Das kann ich mir überhaupt nicht vorstellen, daß ich hier liege und nichts sagen muß. Das kann auch gar nicht gut gehen, für mich käme das nicht in Frage. Da käme ich mir noch hilfloser vor, noch mehr wie ein Patient, Ihnen unterlegen.

A.: Schon die Vorstellung ist für Sie beunruhigend, da ist es besser, Sie verharren in der Mitte, wie Buridans Esel - kennen Sie den, der stand genau zwischen 2 Heubündeln und verhungerte. Sie bleiben in der Mitte, in der Stagnation, die Sie ja in der Therapie bei Frau B. (frühere Therapeutin) haben feststellen können. Ich glaube, es geht zunächst darum, ob Sie sich überhaupt gedanklich an solche Vorstellungen annähern können, daß Sie auf dem Weg zur Therapiestunde, wenn Sie das Gefühl haben, Sie müssen da jetzt hin, auch umkehren könnten.

Nach einer betriebsbedingten Unterbrechung, bei der die Patientin einige freie Tage hatte, kommt sie wütend darüber, daß sie sich auch in diesen freien Tagen nicht von dem Gefühl befreien konnte, sie müsste irgend etwas machen, auch das Erholen wird zum Muss, zur lästigen Pflicht. Die Patientin berichtet ein Beispiel, wie es eigentlich sein sollte: Sie habe sich mit Grippe ins Bett gelegt und den Nachmittag vor sich hingedöst, das Verpflichtungsgefühl, abends noch Freunde besuchen zu müssen, sei ganz von ihr abgefallen, so müsse es gehen. Ich unterstreiche die Kongruenz von Denken, Gefühl und Handeln: "Nur wenn der große Zeh sich soweit bewegt, wie er sich selbst bewegen will, gibt es das Gefühl der Verpflichtung nicht."

Frau Maria X spricht nun explizit von einer Stimme in ihr, die sie dauernd lenke und leite; wenn sie ein Buch lese, sage ihr die Stimme, sie müsse es auch zu Ende lesen, und dann sei schon wieder die ganze Freude verpfuscht. Diese Stimme ist nicht wahnhafter Art, es ist eine unerbittlich eingeprägte Gewissensstimme, die sie sofort mit dem Ton der Mutter in Verbindung bringt, die sie dauernd angehalten habe. Am Beginn der Schulferien hätte es bei der Mutter nur geheißt: "Gut daß ihr da seid, jetzt könnt ihr dies oder jenes erledigen." Die Einfälle der Patientin klären, warum sie dies "ins Bett legen" so befriedigend erfahren hat. Sie konnte alles stehen und liegenlassen, die Kleider irgendwohin werfen und vor sich hindösen.

A.: Das waren ein paar Stunden Urlaub von dem strengen, bösen Gewissen.

Daß der Analytiker diese Verinnerlichung verkörpern wird, zeigt sich bald. Der Beginn der Stunden wird für die Patientin regelmäßig zur Qual. Die Möglichkeit, hier über das sprechen zu können, was sie bewegt, wird zur Forderung, zum Muss. Die Andeutung der Möglichkeit, daß sie auch nicht sprechen könne, wenn das ihrer Stimmung entspräche, beantwortet sie mit aggressivem Zweifel.

P.: Das ist nur eine Frage der Zeit, bis es Ihnen dann genauso geht wie Frau B, die ja auch im Verlauf des 2. Jahres die Frage aufwarf, ob ich die Stunden würde wirklich nutzen können.

Kommentar:

Das Dilemma der Patientin besteht darin, daß ihr zielgerichtetes eigenes Tun unbewußt immer auch den Vorstellungen der Mutter entsprechen muß; in diesem Sinne wird die

analytische Situation zwangsläufig zu einer Wiederholung, der sie mit feindseliger Lustlosigkeit begegnet. Ihr Sprechen in der Therapie dient primär der Befriedigung des Analytikers. Dem entspricht die Anklage der Patientin, sie habe in der früheren Therapie hart gearbeitet, d.h. den Forderungen der Mutter entsprochen. Bei der Mutter hatte sie immerhin durch Leistung Anerkennung erhalten. *Ohne* Leistung anerkannt zu werden, lautet freilich der tiefere unbewußte Wunsch. Dieser ist wiederum überbaut durch eine ausgeprägte Rivalität mit dem 4Jahre älteren Bruder, der als Steuerberater "gutes Geld" verdient; die Auswirkungen zeigen sich in der Partnerschaft, in der die Patientin sich immer wieder an der Selbstzufriedenheit des Freundes reibt, der sogar ohne viel Geld zu verdienen mit sich zufrieden zu sein scheint.

Die psychogenetische Fundierung des mangelnden Selbstwertgefühls wird durch die körperliche Erkrankung schwerwiegend verstärkt; nun ist sie real bedroht, mit einem zwar medikamentös beherrschbaren, aber nicht wirklich behebbaren Mangel leben zu müssen.

Der hartnäckige Widerstand kann allmählich aufgeweicht werden, indem ich die Kampfsituation zu umgehen suche. Ein längeres Warten meinerseits führt mit großer Sicherheit zu einer Wiederbelebung der Enttäuschung, erste Anregungen von mir, die sich meist auf eine aktuell sichtbare Stimmung der Patientin beziehen, helfen ihr, ihre Schwierigkeiten zu verbalisieren.

Als ein Leitmotiv stellt sich heraus, daß sie selbst so viele Wünsche hat, die sie alle gleichzeitig realisieren möchte. Im Arbeitsbereich will sie sich weiter qualifizieren, privat viele Bücher lesen. Wenn sie gerade so richtig vertieft sei, dann bekomme sie eine Panik, sie springe auf und müsse in eine Kneipe gehen. "Ich will so vieles machen und habe dafür keine Zeit."

In der Folge fand sie Zugang zu dem Verlustgefühl in der Pubertät, die Anerkennung des Vaters durch mangelnde Leistungen endgültig verloren zu haben. Vielfältige Schichtungen des Schuld- und Schamgefühls waren noch zu bearbeiten, bis sich jene Anklage verringerte, mit der die Patientin *erfolgreich* einen ersten Therapieversuch verhindert hatte.

4.5 Nähe und Homosexualität

Herr Arthur Y geht gerne, aber mit erheblichen Hemmungen ins Schwimmbad. Besonders das Nacktbaden bereitet ihm ein lustvolles Körpergefühl. Er schämt sich für diese Empfindungen. Im Hin und Her über dieses Thema ist ihm in der letzten Stunde spürbar geworden, daß auch ich gerne schwimme, was zutrifft, ohne daß dies ausdrücklich bestätigt wurde. Der Patient hat aber so getan, als müsse er sich für die besondere Empfindung des Kontakts von Körper und Wasser, von Haut und Wasser, schämen. Ich mache ihn darauf aufmerksam, daß er etwas von meiner positiven Einstellung bezüglich baden, schwimmen und Wasser bemerkt habe. Darüber ist Herr Arthur Y tief erschrocken:

P.: Hoffentlich wird jetzt nicht erkennbar, daß Sie auch gerne ohne Badehose schwimmen, denn das hab' ich mir gedacht, und lange hab' ich mir überlegt, nachdem es mir spontan eingefallen war, ob ich mich überhaupt getrauen darf, das hier zu sagen. Also bitte, jetzt sag' ich's eben: Dann sind Sie ja die gleiche Sau wie ich.

A.: Wenn Sie und ich im Wasser schwimmen, dann sind wir verbunden, Seckel mit Seckel. Die Beunruhigung hat also wahrscheinlich etwas mit Berührung zu tun.

Ich moduliere diese Bezeichnung "Sau", der sowohl eine lustvolle wie auch eine verurteilende Qualität zukommt, mit einer Bemerkung - dies sei für die nichtschwäbischen Leser hier eingefügt - die eine volkstümliche Bezeichnung für das männliche Genitale darstellt: "Ja, zwei Seckel" (im Dialekt für Sack), mit der Absicht, das lustvolle Erleben näher an die unbewußte homosexuelle Komponente heranzuführen.

P.: *Daß dann keine Distanz mehr zwischen Ihnen und mir besteht, und damit knüpfe ich wieder an die Frage an, warum ich so vorsichtig anklopfe.*

Der Patient kommt auf das Berühren zurück und auf die Gemeinsamkeit, die sich herstellt, wenn man im gleichen Wasser schwimmt.

A.: *Die Distanz ist nicht ganz aufgehoben, denn jeder hat ja seine eigene Haut, seine eigene Grenze.*

P.: *Unser Gespräch ist mir ausgesprochen unsympathisch. Das läuft auf eine Verwischung der Distanz hinaus.*

Herr Arthur Y erwähnt, daß er in früheren Therapien durch Distanzierung ein Stück Sicherheit gefunden hat:

P.: *Ganz einfach deshalb, weil ich mir gesagt habe, je größer die Distanz, desto größer ist die Überlegenheit dieser Ärzte und ihr Fachwissen und um so mehr wächst meine Chance, gesund zu werden.*

A.: *Um so unterlegener sind Sie dann auch. Es bleibt die Hoffnung, je mehr Sie bewundern, desto eher haben Sie die Chance, etwas zu bekommen.*

P.: *Die haben sich aber auch nicht angestrengt, diesen Zustand zu ändern, aber vielleicht tue ich ihnen (den früheren Therapeuten) auch unrecht.*

A.: *Es ist auch entlastend, das vertraute Gleichgewicht bei sich selbst zu bewahren, obwohl damit viel Leid verbunden ist.*

Diese Intervention bezieht sich auf den Beginn dieser Stunde, wo der Patient sich damit beschäftigte, daß es ihm nicht leicht falle, aus Verhaltensmustern auszubrechen oder diese zu ändern, die sich in Jahrzehnten gebildet haben. Das Ziel der "Seckel"-Bemerkung kann auch so beschrieben werden, daß der Konflikt auf eine genetisch höhere Stufe gehoben werden sollte, von der (analen) Sau zum (phallischen) Seckel.

Einige Zeit später wird das Thema in einem anderen Kontext wieder aufgenommen.

Eine bevorstehende Besprechung mit dem Chef, bei der es um eine Neuverteilung der Arbeitsgebiete geht, hat eine völlig irrationale Beunruhigung und Symptomverschlimmerung ausgelöst. Herr Arthur Y ist sich des Respekts und des Wohlwollens seines Chefs sicher. Seinen Konkurrenten ist er überlegen, und seine Umsätze liegen an der Spitze.

P.: *Stimmungsmäßig erlebe ich es aber so, daß ich mein Gebiet verlieren werde oder erhebliche Einschränkungen hinnehmen muß. Ich weiß, daß der Chef auf meine Meinung Wert legt und daß er mich als Partner akzeptiert. Trotzdem habe ich das Gefühl, hilflos ausgeliefert zu sein - ein Spielball fremder Mächte.*

Der Patient befürchtet sogar, daß ihn sein Chef entlassen könnte, wenn er irgendwelche Einwendungen vorbringt. Alle Zwangssymptome und Ängste haben sich verstärkt.

P.: *Ich habe einfach das Gefühl, kein Subjekt, sondern Objekt zu sein.*

Nach ausführlicher Beschreibung der sachlichen Probleme, die bei der vorgesehenen neuen Arbeitsaufteilung anfallen, wird klar, daß das Rivalisieren zwischen ihm und den anderen Mitarbeitern zunehmen wird, weil er seine Erfolge ausbauen möchte. Er möchte für sich Kapital schlagen aus der Mehrbelastung, die er auf sich zukommen sieht. Sein vorzeitiges morgendliches Aufwachen ist in den letzten Tagen zur Qual geworden. Schwitzend liegt er im Bett und fürchtet sich vor dem Tag.

P.: *Da ist die Angst vor dem Versagen, die Angst vor diesen Phantasien, vor diesen Zwangsvorstellungen, die könnten so mächtig werden, daß ich mich nicht mehr normal bewegen kann und man mir von außen ansieht, daß etwas mit mir nicht stimmt . . . Ich hab' einfach, obwohl ich seit 25 Jahren immer wieder den Gegenbeweis erbracht habe, die Angst, nichts zu sein, ein Häufchen Elend. Das ist zum Kotzen. Ich habe z. B. versucht, meine Unruhe selbst zu analysieren, um aus der Geschichte rauszukommen. Da kam mir wieder der Lehrer im Internat in den Sinn, der mich beinahe vergewaltigt hat, und ich habe mein Entsetzen bemerkt, das ich hatte, als er mir so nahe rückte mit seinem Gesicht, seinem*

widerwärtigen Mund und seinen vorstehenden hässlichen Schneidezähnen. Es ging mir so durch den Sinn, es muß ja seine Gründe haben, daß mir die Gedanken an Blut und das Schlachten von Tieren immer wieder in den Sinn kommen und ich mich so auf Schweine eingeschossen habe. Da fiel mir dieser Mann ein, der wahrscheinlich ein unglückliches Schwein war, aber in meinem Erleben war er eine abstoßende Gestalt. Wenn ich die Macht gehabt hätte, vielleicht hätte ich diesen Mann buchstäblich wie ein Schwein im Schlachthof geschlachtet.

Ein Angstinhalt des Patienten ist, daß er als Sexualverbrecher enden könnte. Diese Angst wurde durch einen Kriminalfilm ausgelöst und ist mit der Rolle eines Schauspielers verknüpft geblieben (s. Kap. 9). Der Patient gelangt in seinen Einfällen vom Lehrer zum Schauspieler bzw. zu einigen Szenen des Filmes. Ich werfe die Frage der Ähnlichkeit zwischen Lehrer und Schauspieler auf, um eine Übertragungsdeutung vorzubereiten. Der Patient bestätigt die Vermutung.

P.: Ja, das ist mir schon beim Nachdenken aufgefallen, und das hat mich eigentlich dann wieder so beruhigt, daß ich eingeschlafen bin, und ich habe mir vorgesagt, daß das Erleben mit diesem Mann eigentlich gar nicht so schlimm war. Ich habe Schulkameraden, die sagten, das ist nicht so schlimm. Der meint es ja nur gut, der will uns nur trösten. Aber ich habe mich doch sehr vor diesem Menschen gefürchtet und hab irgendwo diese Furcht verdrängt und in den letzten Jahren nicht mehr so richtig herausgelassen.

A.: Es gibt einen wichtigen gegenwärtigen Auslöser. Sie haben sich mir hier anvertraut. Im Zusammenhang mit Ihrer Lust am Schwimmen und am Nacktbaden fiel Ihnen ja zu mir ein: Die Sau badet vielleicht auch nackt und verführt mich zur körperlichen Lust.

P.: Ach so, ja (lacht).

A.: Sie vertrauen sich mir hier an. Die Beziehung könnte missbraucht werden und sich in eine zu nahe, homoerotische . . . verwandeln . . . zwei Säue.

P.: Ja, ja, das stimmt. Ich glaube, daß ich Sie manchmal wie diesen Lehrer erlebe. Das wird mir im Augenblick sehr deutlich, und es ist mir sehr unangenehm, darüber zu sprechen.

A.: Das Thema ist ja, ob Sie Gutes erfahren, ohne daß Grenzen überschritten werden, nur Gutes, ohne Mißbrauch.

P.: Ich habe schon oft gemeint, wie mit dem Lehrer Benignus auf einer bestimmten Fährte zu sein, die dazu beitragen könnte, meine Ängste in den Griff zu bekommen und aufzulösen. Und solche Hinweise, daß ich Sie gefühlsmäßig auch so erlebe, irritieren mich dann. Die machen mich unsicher, die jagen mir Angst ein. Denn sollte sich wirklich herausstellen, daß Sie so sind wie der, dann wäre ich wie damals hilflos ausgeliefert. Es wäre dann eigentlich dem Zufall überlassen, was aus mir wird.

A.: Das wären Sie nicht, denn Sie sind nicht genauso abhängig von mir, wie Sie es damals von dem Lehrer waren. Sie sind in einer anderen Lebenslage. Es klingt noch etwas von dem nach, als wären Sie so abhängig und als dürften Sie mir die Zähne nicht einschlagen und mich als Sau bloßstellen und dem Schlachthof überführen.

Herr Arthur Y beschreibt daraufhin sehr eindringlich und ausdrucksstark das unrasierte Gesicht des Lehrers, das ihn gekratzt habe. Erstmals entwickelt er Phantasien, wie er in den fetten Hals mit einem Messer hineinstecken könnte, um die Luft abzulassen. Im zeitlichen und thematischen Zusammenhang mit diesen Erlebnissen steht, wie der Patient am Ende dieser Sitzung mitteilt, das erste Auftreten neurotischer Ängste.

P.: Als ich ungefähr 12 oder 13 Jahre alt war und in einem Kriminalroman las, daß ein Mann durch einen Messerstich in den Rücken getötet wurde, hatte ich die ungeheure Angst, es könnte mir genauso gehen. Ich habe dieses Buch zerrissen, ins Klo geworfen und hinuntergespült. Es muß um diese Zeit gewesen sein, als ich auch die Probleme mit diesem Lehrer hatte. Das ist dann wieder verschwunden, diese Angst. Vielleicht habe ich mich selbst als Sau empfunden, und vielleicht hatte ich auch einen Impuls, mich diesem Mann, ja, wie soll

ich sagen, mich irgendwie hinzugeben, wenn auch nicht auf diese Art. Aber das ist alles viele Jahre her und sollte mir doch nicht mehr so zu schaffen machen wie in den letzten Tagen. Also, das Gefühl war ganz entsetzlich.

A.: Ja, es ist viele Jahre her. Das Thema ist aktualisiert worden durch die Therapie, durch Ihr Hierherkommen, nämlich das Thema, ja, wie werden Sie mit einem anderen Mann fertig. Sind Sie noch der kleine Abhängige, der sich nicht wehren darf? Werden Sie nur dann geliebt, wenn Sie sich unterwerfen, oder dürfen Sie einen Verdacht äußern, eine Unzufriedenheit, etwas fordern?

Kommentar:

Wie der Wortlaut der Deutung erkennen läßt, betont der Analytiker die Aktualisierung alter Probleme in der Übertragung. Die aufgeworfenen Fragen enthalten die indirekte Ermutigung zur kritischen Prüfung der damaligen und der heutigen Verhältnisse. Dem Patienten werden Antworten nahegelegt, die ihm eine Distanz und damit auch eine neue Erfahrung in der gegenwärtigen zwischenmenschlichen Beziehung zum Analytiker ermöglichen. Im Sinne solcher Anregungen haben viele Deutungen eine suggestive Komponente, die freilich weit von jenem plumpen Zureden entfernt ist, das der Suggestion einen schlechten Ruf verschafft. Anregungen, die in psychoanalytischen Deutungen enthalten sind, liegen auf einer von der Persuasion verschiedenen Ebene. Wie wir im Grundlagenband ausgeführt haben, wird der Patient ermutigt, sein gegenwärtiges Erleben zum Ausgangspunkt kritischen Nachdenkens zu machen.

4.6 Widerstand und Sicherheitsprinzip

Unter 4.6 im Grundlagenband haben wir dem Identitätswiderstand und dem Sicherheitsprinzip eine umfassende, die Definition von Erikson überschreitende Funktion zugewiesen. Auf der deskriptiven Ebene bestehen Ähnlichkeiten zur narzißtischen Abwehr. Dieser Begriff ist jedoch in die unhaltbar gewordene triebökonomische Theorie eingebettet. Demgegenüber gehört der Identitätswiderstand in einen umfassenden theoretischen Rahmen, der moderne sozialpsychologische Erkenntnisse der Entwicklung des Ich- und Selbstgefühls berücksichtigt, ohne die Bedeutung der Triebbefriedigung für die persönliche Identität zu vernachlässigen.

Im Gegensatz zu Eriksons integrativer Theorie läßt Kohut die Selbst- und die Triebentwicklung nebeneinander herlaufen, was trotz der späteren Variation seiner Selbstpsychologie zu widerspruchsvollen Ungereimtheiten innerhalb des Systems führte und der menschlichen Wirklichkeit nicht gerecht wird. Sicherheit und Selbstgefühl entwickeln sich anlässlich der Befriedigung vielfältiger Bedürfnisse und im günstigen Falle im Wechselverhältnis zueinander. Eine ganzheitliche Erfahrung im eben gemeinten Sinn kann durchaus in umschriebener Weise im Augenblick der Befriedigung eines bestimmten Bedürfnisses erfolgen, sofern mit dieser das Gefühl von Anerkennung und Bestätigung verbunden ist. Darauf hat Kohut zu Recht nachdrücklich aufmerksam gemacht und damit eine Revision der Theorie von den Teilobjekten und eine Korrektur der psychoanalytischen Behandlungstechnik eingeleitet.

Ein starker Identitätswiderstand ist bei all jenen Menschen zu beobachten, die keine Krankheitseinsicht haben. Entsprechend fehlt auch ein Behandlungswunsch. Wir haben umgekehrte Verhältnisse vor uns: Die Umgebung leidet, und die Angehörigen versuchen, das uneinsichtige Familienmitglied zu überzeugen, daß etwas geschehen müsse. Doch wie soll man jemanden, der anscheinend mit sich selbst zufrieden ist, ja, sich selbst für gesund, wohl aber die Umwelt für krank und für verrückt ansieht, zu einer Therapie bewegen, die aus der Sicht des Betroffenen höchstens zu einer unerwünschten Veränderung führen würde?

Im Identitätswiderstand triumphiert die menschliche Fähigkeit zur Selbstbehauptung um jeden Preis, sogar unter Ausschaltung des Prinzips der biologischen Selbsterhaltung. Vielleicht geschah es eher beiläufig, daß Freud (1940 a) nicht nur wie früher dem Ich die Aufgabe der *Selbsterhaltung*, sondern die der *Selbstbehauptung* zuschrieb. (In der *Standard Edition* wird der Unterschied verwischt, indem Strachey Selbstbehauptung mit "self-preservation" anstatt mit "self-assertion" übersetzt.) Diese Fähigkeit ist auch die Voraussetzung dafür, die Selbstbehauptung bei der Verwirklichung von Idealen über die Erhaltung des eigenen Lebens zu stellen und sich für eine gute Sache zu opfern, und zwar aufgrund von Entscheidungsprozessen, die in der Freiheit der Person ihren Ursprung haben. Anders ist es bei jenen Formen von Selbstbehauptung, die wir im Identitätswiderstand vorfinden. Hier haben wir gute Gründe zur Annahme von Unfreiheit, auch wenn der Betroffene es von sich weist, krank, unfrei und hilfsbedürftig zu sein.

Ethische und philosophische Aspekte

Der Identitätswiderstand und das Sicherheitsprinzip werfen nicht nur schwierige behandlungstechnische Fragen, sondern auch viele ethische und philosophische Probleme auf (Wallwork 2005). Wer gibt uns das Recht, eine Therapie bei einem Menschen zu versuchen, der sich selbst höchstens halbherzig als Patient fühlt? Es entsteht ein Dilemma: Noch weniger als sonst ist es beispielsweise möglich, eine Magersüchtige absichtslos zu analysieren und

sich aktiver Interventionen zu enthalten, wenn die Selbsterhaltung an ihre Grenze stößt und der Tod droht. Besonders in der Therapie der Anorexia nervosa wird man also vor existentielle Probleme gestellt, die ausweglos erscheinen. Es ist eine alles lähmende Zwiespältigkeit, die Kierkegaard in philosophisch-religiöser Interpretation als "Krankheit zum Tode" bezeichnet hat. In psychoanalytischer Sicht läßt sich die Verzweiflung als Krankheit zum Tode durchaus im Selbst lokalisieren. Damit geben wir den beiden Sätzen von Kierkegaard eine tiefenpsychologische Wendung: "Verzweifelt nicht man selbst sein wollen; verzweifelt man selbst sein wollen" (zit. nach 1957, S. 8). Kierkegaards Gegenüberstellung kennzeichnet ein Dilemma, dem viele Menschen unterworfen sind. Chronisch Magersüchtige beeindrucken ihre Umgebung ganz besonders durch die Entschiedenheit, mit der sie an ihrem höchst eigenwilligen Selbst festhalten. Der Therapeut wird zum Verführer, der diesen Kranken ein Selbstbild nahezubringen versucht, das deren Gegenwillen hervorruft. Die Verzweiflung spielt sich nicht zwischen den beiden Selbstbildern ab, sondern zwischen den Kranken und ihrer Umgebung. Wie können wir also mit psychoanalytischen Mitteln in ein Dilemma eingreifen und einen Kampf mit Patientinnen führen, die ihr kachektisches Körperbild jahrelang zur zweiten Natur gemacht haben und die den Analytiker als Störenfried sehen? Im wörtlichen Sinn ist hier ein Identitätswiderstand mit einem Gleichgewicht verknüpft, das nach jahre- oder jahrzehntelanger Konstanz ein eigenes Beharrungsvermögen hat: Diese Identität ist zur zweiten Natur geworden.

Zur 427. Sitzung bringt Frau Clara X die von ihr angefertigte Kopie eines Bildes von Rosetti - "Mariä Verkündigung" - mit, das sie schon lange beeindruckt hat. Maria ist fast kachektisch. Daß es sich bei der Kopie um eine Art von Selbstbildnis handelt, geht aus dem Zusatz zur Signatur hervor: Maria als "Anorexe". Frau Clara X beschreibt die Wegkreuzung, an der sie sich befindet: Sie sitze immer noch da (wie die Maria) und sei unentschieden.

Ihre Gedanken kreisen erneut um das Bild einer Fee, die an der Wegkreuzung sitzt, um sie auf den rechten Weg zu weisen.

A.: *Geben Sie der Fee eine Chance, den Feen, die an dieser Stelle sitzen - und auch sich selbst.*

P.: *Neulich sah ich abends die Fee dasitzen und mich selbst immer noch mit den gleichen Gewohnheiten behaftet. Die Fee lächelte halb lustig, halb befremdet - warum machst du das? Ich muß mich bewegen, damit ich müde werde, um schlafend bei der Fee bleiben zu können. Auf dem Weg ist ein richtiger Breiberg, meinte die Fee, wie um das Schlaraffenland herum. Da müsse ich mich durchfressen.*

Frau Clara X äußert alle Zeichen des Ekels.

Ich betrachte das Bild als Ausdruck des Kampfes, den wir an der jetzigen Wegkreuzung führen. In meiner Anspielung auf den Kampf sieht Frau Clara X ein Kontra, ohne dieses genauer zu beschreiben.

Das Thema des Kampfes spielte von Anfang an eine große Rolle. Frau Clara X hat sich darüber geärgert, daß ich schon beim 1. Gespräch voraussagte, es werde wohl einen harten Kampf geben. Der Kampf hat sich in den letzten Wochen und Monaten intensiviert. Er hat sich im Sinnbild der Wegkreuzung, das die Patientin geprägt hat, verdichtet. Zu dieser Metapher gehört eine gute Fee als mütterliche Übertragungsgestalt, in deren Schoß die Patientin bleiben möchte, die aber zugleich auch die Funktion hat, sie von der Anorexie, die zu ihrer zweiten Natur geworden ist, wegzuführen.

Mein Interesse für ihre Selbstdarstellung betraf also den Kampf um das Aufrechterhalten der bisherigen Identität und jetzt, an der Wegkreuzung, den Versuch eines Neubeginns. Die Aktualität wird daran deutlich, daß die Patientin auf meine Wiederholung des Satzes "nun das wird . . .", zunächst mit einem "hmhm" unterbrach und nach Vervollständigung ". . . ein harter Kampf werden" fortfuhr:

P.: Ja, das ist mir heute früh auch wieder eingefallen. Ich möchte mal wissen, wer da gegen wen oder was . . .

A.: Hmhm.

P.: Und eigentlich möchte ich gar nicht gegen mich selber kämpfen müssen. Halt gegen irgendwelche Teile von mir selber. Das ist zur Zeit komisch. Ich habe mich mit dem Gedanken befreundet, daß ich tagsüber mehr zu essen versuche, und ich tu's. Meistens läuft es darauf hinaus, daß ich Appetit auf Kuchen oder so habe. Ich kauf' mir was im Bäckerladen. Dann hab' ich aber schon das Gefühl, das ist nicht ganz das Richtige. Ein Kuchen ist nicht gerade die gesündeste Ernährung. Und ich fühle mich mit diesem Appetit auch nicht wohl. Bisher hatte ich das Problem dadurch gelöst, daß ich mich mit dem Essen tagsüber in Gedanken so gut wie gar nicht mehr auseinandergesetzt habe. Ich hatte den Kopf frei für andere Sachen. Das wird ja auch oft beschrieben in der Literatur über Magersucht, die ich immer mit gemischten Gefühlen lese . . . mit großem Interesse. Daß die Gedanken - wie bei vielen Magersüchtigen - ständig um das Essen kreisen, was ich als ziemlich entwürdigend empfinde, war ich los.

Kommentar: Tatsächlich verändert sich bei den schweren und chronischen Fällen der Hunger, so daß jener Zustand erreicht werden kann, den die Patientin eben beschrieben hat mit den Worten, daß ihr Kopf frei sei für andere Dinge. Sie hatte es geschafft, die Befriedigung ihres Hungers zeitlich und örtlich einzugrenzen und vorwiegend auf nächtliches Keksessen zu beschränken.

Es liegt nahe, nun Frau Clara X auf die Schwierigkeit aufmerksam zu machen, die beim Versuch ihrer Verhaltensänderung auftritt: Sie erlebt es ja als entwürdigend, daß sie sich nun wieder mehr mit dem Essen und was damit zusammenhängt befasst.

P.: Da bin ich gleich schnell an dem Punkt, daß ich zu viel über Haushalt und Einkaufen nachdenke. Quatsch. Es gibt auch noch andere Sachen, die mich mehr interessieren, mich mehr befriedigen. Ja, im Moment ist es so, daß ich mich damit auseinandersetze, hm, nimmst du dir was von zu Hause mit zum Frühstück, oder kaufst du dir was, oder was isst du, und was gibst du der Franziska mit (ihrer Tochter). Da kann ich Entscheidungsprobleme daraus machen und auf diesem kleinen Gebiet meine entschlossene Qual zwischen Ja und Nein und Gut und Böse ausleben. Dann hab' ich's schon wieder satt, aber warum sollte ich eigentlich nicht versuchen, mit Appetit zu essen und zu genießen. Gestern früh war ich schon an einem Punkt, daß ich gedacht hab', hm . . . dann war's wieder weg.

A.: Ja, die innere Not ist groß bei dieser Umstellung. Sie wissen, daß sich Hunger und Appetit verändern, und jetzt kriegen Sie mit dem Essen Appetit. Früher hatten Sie scheinbar eine große Freiheit, die ich allerdings im Unterschied zu Ihnen als Scheinfreiheit ansehe. Aber da war viel hervorragend aus der Welt geschafft. Es ist sehr schwierig, sich da auf den Weg zu machen.

P.: Ja, Scheinfreiheit. Ich frag' mich wirklich, ob ich mir angewöhnen kann, zu bestimmten Zeiten einfach zu essen. Schon bei dem Gedanken daran fühle ich mich nicht wohl. Ich hab' mich also zumindest bemüht, tagsüber was zu essen. Deshalb war ich wirklich etwas verblüfft, etwas abgenommen zu haben. Ist das die Angst vor der Gier oder wie oder was? Auf der anderen Seite habe ich ja wirklich ein sehr positives Lebensgefühl und auch wieder Lust, was zu machen, Lust, morgens aufzustehen. Der Zustand vom letzten Jahr, an den Sie sich sicher auch noch erinnern, als ich alles um mich ringsherum öde und langweilig fand, ist vorbei.

Die Patientin beschreibt dann ihren hektischen Tagesablauf als Hausfrau und Mutter und ihre große Unzufriedenheit mit diesen Aufgaben. "Jetzt heim ins Gefängnis, Essen machen, Kind ins Bett, und dann fühl' ich mich richtig eingesperrt." Die ausführliche Beschreibung endet damit, daß die Patientin von ihrer unerhörten Hektik spricht, von der sie getrieben wird und die sie unfreundlich und ungeduldig macht.

Dann gibt sie einen wunderbaren Tagtraum wieder, der vielleicht als Anzeichen gewertet werden kann, daß sie mit Hilfe einer guten Fee, die sie selbst erfunden hat, auf einen neuen Weg zu einer veränderten Identität gelangen könnte. Im Mittelpunkt der Geschichte steht ihre Mutter, die sehr viel Zeit hat und auf die nach Hause kommenden Kinder wartet, mit denen sie harmonisch und innig verbunden ist. Märchenhaft beschreibt sie einen Tag mit der Mutter. Frau Clara X bezweifelt, ob ich diese Stimmung eines fast zeitlosen Glückes als Mann verstehen könne. Sie selbst empört sich über Pünktlichkeit und Regelmäßigkeit und über den Rhythmus, den sie in ihrem Haushalt einhalten muß.

P.: Bum, bum, bum, wie es mein Mann in der Fabrik hat, so möchte er auch alles zu Hause geregelt haben. Diese Anforderungen lösen die allertiefste Abneigung und Angst aus. Ich kann's nicht begreiflich machen, und ich glaube, Sie verstehen das nicht. Das ist verheerend.

A.: Ich glaube schon, daß ich es auch verstehen kann, allerdings liegt es nahe, daß Sie das bezweifeln, denn ich lebe ja hier nahe am bum bum. Stundenplan, Zeit. In meiner Einteilung ist die Stunde rum, und dann ist es auch so, das passt nicht zum Tagtraum, das ist eine Störung. Diese Art von Pünktlichkeit, die mir vom Äußeren her auferlegt ist, ist störend, wenn wir es auf dem Hintergrund dieses beglückenden Bildes sehen.

P.: Ja meinen Sie denn, daß meine Phantasievorstellung nur was mit Stundenanfang und Stundenende hier oben zu tun hat? Das ist mir also . . .

A.: Ja, das war auch ein bisschen hopplahopp. Ich habe jetzt nicht nur an Anfang und Ende gedacht, dazwischen gibt es ja vieles zu gestalten. Nein, ich hatte dieses eine Hopplahopp im Auge, wenn's aufs Ende zugeht. Ich habe zu einem einzigen winzigen Punkt eine Parallele gezogen, zur Unterbrechung am Ende der Stunde. Ob's stimmt, ist eine andere Sache.

Wie schwierig es für Frau Clara X ist, zu einem anderen Bild von sich selbst zu gelangen, zeigen einige Ausschnitte aus späteren Sitzungen. Es ist mir nicht möglich, so absichtslos zu sein, wie es Frau Clara X möchte. Jedenfalls führt ein Vergleich zwischen einem anderen, einem schönen Bild, das die Patientin gemalt hat, mit ihrer Wirklichkeit zu einer erheblichen Kränkung.

In ihrem Selbstgefühl sind ihr Körper und ihr Aussehen ideal. Sie fühlt sich wohl in ihrer Haut. Sie fürchtet sich davor, wie eine gemästete Gans zu sein und dann nicht mehr "durch die Gitterstäbe ihres Gefängnisses" durchzukommen.

Ich werfe die Frage auf, warum sich das abstoßende Gegenbild von der gemästeten Gans gebildet hat. Die Patientin betont, daß der wunde Punkt das Gefängnis sei. Sie bezweifelt, ob ein Mann wirklich verstehen könne, daß eine Frau die Hausfrauenrolle als Gefängnis erlebe.

A.: Sie bringen also Ihren Widerwillen gegen die Ehe zum Ausdruck, indem sie so mager bleiben. Hierbei kämpfen Sie allerdings auch gegen Ihre Schokoladenseite an.

Kommentar: Diese doppeldeutige Bezeichnung war von der Patientin früher eingeführt worden, und sie diente seither zur Beschreibung ihrer süßen Seite im wörtlichen und übertragenen Sinn des Wortes. Frau Clara X macht die äußeren Umstände dafür verantwortlich, daß sie ihre Schokoladenseite, d. h. ihre süße und zärtliche Sehnsucht, nicht verwirklichen kann und um so mehr an die nächtlichen Fressorgien gebunden bleibt. Durch große Mengen von Süßigkeiten während der Nacht und im Halbschlaf befriedigt die Patientin den tagsüber unterdrückten Hunger, so daß ihr erheblich reduziertes Körpergewicht wenigstens konstant bleibt. Es handelt sich um typische, von Stunkard (1986) beschriebene "night eating binges", die auch der Ersatzbefriedigung dienen. Tatsächlich macht die Patientin ihren Mann für das Weiterbestehen der Erkrankung mitverantwortlich, weil er die im Knochenmann enthaltene zärtliche und weibliche Seite nicht sehe.

Die reale Komponente ihrer Schwierigkeiten wird von mir ausdrücklich anerkannt. Als Knochenmann abgewiesen und gekränkt zu werden, habe aber offenbar auch dazu geführt, daß sie den Zustand als Kampfmittel einsetze. Sie habe so eine besondere Form der *Selbstbehauptung* gefunden, an der sie nun sehr hänge. Jede Veränderung würde dazu

führen, daß sie mehr Gefallen erregen würde und kein Knochenmann mehr sei. Sie würde ihre seit Jahrzehnten aufgebaute Identität verlieren und sich dabei auch selbst besser gefallen. Sie wäre dann das Dornröschen ohne die Dornen, schön anzusehen. Denn sie habe das Bild ja gemalt. "Wenn Sie mir erlauben zu sagen, mir gefällt das Dornröschen auch."

Ich spiele auf ein sehr eindrucksvolles Aquarell an, das die Patientin mir vor einiger Zeit geschenkt hat. In dem kreisförmigen Bild sind Mädchen in ein Rosengeflecht verwoben, deren Brüste durch die Farbgestaltung hervorgehoben sind. Die vorsichtige Ausdrucksweise wirkt vielleicht übertrieben. Behutsamkeit ist aber am Platz. Der weitere Verlauf der Sitzung und was die Patientin davon aufgenommen und behalten hat, zeigt ihre Empfindlichkeit. Ich habe mich dazu verleiten lassen, das von Frau Clara X geprägte abstoßende Bild des Knochenmannes der Rosenfrau gegenüberzustellen, ohne in diesem Augenblick zu bedenken, daß es einen Unterschied ausmacht, ob sich ein Patient mit einem negativen Selbstbild titulierte oder ob der Analytiker dieselbe Beschreibung verwendet. Wenn zwei das gleiche tun, ist es doch nicht dasselbe.

Die bildlichen und plastischen Darstellungen von Frau Clara X begleiten die ganze Therapie. Sie beziehen sich häufig auf besprochene Themen, eröffnen aber auch häufig Einblicke in unbekanntere Seiten ihres Erlebens. Als Selbstdarstellungen bringen sie den inneren Zustand von Frau Clara X anschaulich zum Ausdruck. Aus dem folgenden Abschnitt geht hervor, daß ihr Malen und die Übergabe von Bildern natürlich auch eine kommunikative Funktion haben. Über diese wirke ich auf das Innenleben und auf das bildhafte Gestalten ein. Damit sind wir wieder bei der entscheidenden therapeutischen Frage angelangt: Was kann der Analytiker tun, um Veränderungen zu erleichtern?

P.: *Ich will noch nicht einmal, daß mein Mann dieses Bild sieht. Ich hab' es gemalt, so daß er es nicht sehen konnte, und hab' es eingerollt. Ich habe nämlich das Empfinden, daß dies in seinen Augen schon etwas Anstößiges sein könnte.*

A.: *Vielleicht haben Sie aber auch gefürchtet, daß er dann eine Bemerkung macht. Vielleicht hätte er Vergleiche gezogen.*

P.: *Er hätte möglicherweise gesagt, spinnst du jetzt ganz, jetzt malst du schon nackte Weiber.*

Ich gehe mitfühlend auf die befürchteten Kränkungen ein. Vielleicht habe sie deshalb erneut den Gedanken gehabt, eine Analytikerin verstehe sie besser - von Frau zu Frau, von Dornröschen zu Dornröschen.

Die nächste Sitzung beginnt die Patientin mit der Feststellung, sie sei verstimmt gewesen: "Sie haben mich als Knochenmann oder Knochenfrau mit meinem eigenen Bild verglichen, mit der Rosenfrau." Vergleiche möge sie nicht - eine typische Erziehungsmaßnahme. "Die Eltern sagen, in deinem Alter konnte ich schon dieses und jenes. Es tut doch weh, verglichen zu werden."

A.: *Was tut nun weh? Daß Sie auch die Rosenfrau sind?*

P.: *Daß Ihnen die Rosenfrau besser gefällt.*

A.: *Ja ja, durch den Vergleich sind Sie an den Mangel, an das Defizit erinnert worden.*

P.: *Nein, der Punkt ist, daß Bedingungen gestellt werden. Da hab' ich einen Wunsch verspürt, eine Bitte oder Frage, was mir aber sehr unfein vorkommt. Könnten Sie mir das Bild noch einmal mitbringen, damit ich mir eine Kopie davon machen kann? Ich hab' keine. Ich hab's Ihnen geschenkt. Dieses Zurückfordern finde ich eigentlich nicht recht. Es ist ein bisschen Trotz dabei. Es ist doch noch mein Bild.*

Die Patientin betont dies nochmals:

P.: *Es ist ein Stück Trotz mit drin: Es ist mein Bild. Es ist eine gewisse Stachelchweinigkeit da drin zu sagen: Wenn der Olle das Bild so benutzt, dann will ich wenigstens auch was davon haben.*

A.: *Wunderbar, hmhm. Damit wird es auch nicht mehr gegen Sie benützt. Sie erleben es so, daß ich es gegen Sie benützt habe, und nun ist es vielleicht so: Wenn Sie eine Kopie haben,*

dann können Sie's auch für sich benützen, und es ist nicht mehr so einseitig. Ich habe die Übergabe auch nicht als eine geschenkhaft Abtretung erlebt. Ich sehe es als ein Bild zwischen Ihnen und mir, nicht als meinen Besitz. Ich sehe es als Ihr Bild von sich und auch als ein Wunschbild von sich.

P.: Es ist beides drin enthalten, aber in dem Moment, in dem ich's Ihnen übergeben habe - es tut mir ja gut, wenn Sie's annehmen - war es als Geschenk gedacht (nach längerer Pause). Im Moment hab' ich nicht das Gefühl, als ob das Bild für mich ein Ideal sein könnte.

A.: Es ist ja auch im Moment das Gefühl so stark wirksam, daß Sie so wie Sie sind nicht gernehabt werden, und es ist schlimm, wenn Bedingungen gestellt werden. Aber es ist keine Ablehnung, wenn Sie anders besser gefallen würden. Allerdings gehe auch ich davon aus, daß Ihnen die Schokoladenseite besser gefällt als der Asket, der Sie auch sind. Was Sie über sich selbst gesagt haben, bringe ich auch noch in eine Beziehung zu mir. Aber ich bin machtlos.

P.: Das stimmt ja nicht, daß Sie nichts machen können. Sie tun so, als ob alle Ihre Worte auf unfruchtbaren Boden fallen würden.

A.: Ja, ich kann nichts machen, es sei denn, daß Sie etwas annehmen. Und das hängt sicher auch davon ab, ob ich's Ihnen mundgerecht mache. Aber schon wenn ich's Ihnen zu mundgerecht mache, wird's schwierig. Das ist schon ein schwerer Kampf, wobei ich zugleich finde, daß Sie ein enorm fruchtbarer Boden sind, und Sie könnten noch fruchtbarer sein. Was wäre, wenn Sie etwas von der Macht aufgäben und dabei entdeckten, daß es nicht Machtverlust, sondern Machtgewinn anderer Art wäre? Denn daß in Ihrem Bild auch Macht steckt, in dem Dornröschen, das werden Sie sicher spüren. Freilich ist man dann auch empfindlicher und empfindsamer, Bedürfnisse zu haben und zu zeigen, die dann nicht gesehen, nicht erkannt werden, befriedigt werden. Das ist schlimm.

In diesem Augenblick lasse ich die Patientin an meiner Gegenübertragung teilhaben (s. hierzu 3.4). Die Mitteilung einer durch das Verhalten eines Patienten ausgelösten Stimmung hat auch eine therapeutische Funktion, was an der Reaktion von Frau Clara X abgelesen werden kann. Insofern wirkt sich die Teilhabe des Patienten an der Gegenübertragung auch als therapeutischer Rettungsanker für beide aus: Ich weiß und spüre irgendwie, daß gerade das offene und ehrliche Bekenntnis von Machtlosigkeit im Patienten eine andere Seite mobilisiert. Auch Frau Clara X sucht im Grunde nicht den ohnmächtigen, kastrierten Mann, sonst bliebe sie ja selbst unfruchtbar. Das therapeutische Problem besteht darin, das *Fruchtbare* so mundgerecht zu machen, daß Wort und Tat nicht mit dem *Furchtbaren*, letztlich mit dem Tod, sondern mit Leben gleichgesetzt werden. Das destruktive Nein in ein konstruktives Ja zum Leben zu verwandeln, bedeutet, Triebhaftigkeit und damit auch Zeitlichkeit anzuerkennen. Nun gehört das Neinsagenkönnen zwar zur menschlichen Konstitution; kein Sterblicher ist aber als destruktiver Neinsager, als "Geist, der stets verneint", vom Himmel gefallen. Soviel also Philosophen und Theologen zur konstruktiven Bedeutung der Verneinung auch zu sagen haben, es bedarf mühevoller psychoanalytischer Untersuchungen, um die Entwicklung des pathologischen Negativismus verstehen und erklären zu können. In ihm hat die eigene Aggressivität eine selbstdestruktive Form gefunden. Zugleich wird verleugnet, daß das "Objekt" getroffen wird. So können Magersüchtige wie andere pathologische Neinsager die Todesgefahr verleugnen. Die Wahrnehmung der Gefahr ist in der Übertragung neu zu finden.

P. (nach langer Pause): Das klingt in meinen Ohren einleuchtend. Aber ich kann es mir wirklich nicht vorstellen.

A.: Es ist schön, daß es erst einmal einleuchtend ist. In dem Augenblick ist ja zwischen Ihnen und mir kein Machtgefälle. Zwar hab' ich etwas aufgebracht, aber indem Sie es einleuchtend gefunden haben, haben Sie es sich auch angeeignet, haben es aufgenommen. Dann sind wir

für einen Augenblick guter Dinge und einer Meinung. Natürlich kann man es gleich wieder runtersetzen. Man kann sagen, es gibt noch Schöneres.

P.: Daran habe ich gerade nicht gedacht. Es ist so ein schönes Gefühl, daß ich's gar nicht glaube. Es kann ja gar nicht wahr sein. Hinter der nächsten Ecke lauern 3 Abers und 5 Wenns und 5 weitere Bedingungen, die zwar im Moment nicht ausgesprochen werden, die aber da sind.

Sie greift auf einen früheren Vergleich mit Stacheltieren zurück.

A.: In dem Gefühl der Übereinstimmung war ein Stachel enthalten, so als ob ich nicht zufrieden wäre mit der Übereinstimmung selbst, daß ich gleich einen Erfolg haben möchte.

P.: Ich kann mir nicht vorstellen, daß Sie mit einer momentanen Übereinstimmung zufrieden sind.

A.: Ja, ich glaube, daß niemand damit ganz zufrieden ist. Auch Sie möchten mehr haben, wagen aber nicht, den Augenblicken größere Dauer zu geben. Ihre Unzufriedenheit kommt Ihnen dann von außen entgegen: Ich möchte mehr, nicht Sie.

Kommentar:

Der Analytiker bemüht sich zu sehr darum, eine Veränderung zu erreichen. Wie im Sprichwort hat diese Absicht eine verstimmende Wirkung. Frau Clara X kritisiert seine "pädagogischen" Ziele, die darauf hindeuten, daß er dem anderen Selbst der Patientin vermutlich doch nicht allzu viel zutraut. Sonst würde er ihr nicht so gut zureden - wenn auch durch die Blume. Auch das Bekennen der Machtlosigkeit wird offenbar noch mit der therapeutischen Absicht eingeführt, Frau Clara X zum Nachdenken über ihre Stärke zu motivieren und einen gewissen Verzicht zu erleichtern. Kurz: Ein Identitätswiderstand, der in 20 Jahren gewachsen ist, hat's in sich.