

Fallbeispiel zu Kriz, Grundkonzepte der Psychotherapie

Beispiel 2.1: Freuds Analyse des Traums von Irmas Injektion

Das Originalbeispiel von Freud verdeutlicht:

- Freuds Methode der Traumdeutung anhand seiner Analyse eines eigenen Traums, in der er Parallelen zwischen dem manifesten Trauminhalt und den vorangegangenen Ereignissen bzw. den dadurch ausgelösten Wünschen aufzeigt.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Abschnitte:

- 2.8 Traum und Deutung
- 2.9 Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung

Quelle

Freud, S. (1972 [Erstausgabe: 1900]).

Die Traumdeutung.

Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag (S. 110–126).

Mit freundlicher Genehmigung.

Vorbericht

Im Sommer 1895 hatte ich eine junge Dame psychoanalytisch behandelt, die mir und den Meinigen freundschaftlich sehr nahe stand. Man versteht es, daß solche Vermengung der Beziehungen zur Quelle mannigfacher Erregungen für den Arzt werden kann, zumal für den Psychotherapeuten. Das persönliche Interesse des Arztes ist größer, seine Autorität geringer. Ein Mißerfolg droht die alte Freundschaft mit den Angehörigen des Kranken zu lockern. Die Kur endete mit einem teilweisen Erfolg, die Patientin verlor ihre hysterische Angst, aber nicht alle ihre somatischen Symptome. Ich war damals noch nicht recht sicher in den Kriterien, welche die endgültige Erledigung einer hysterischen Krankengeschichte bezeichnen, und mutete der Patientin eine Lösung zu, die ihr nicht annehmbar erschien. In solcher Uneinigkeit brachen wir der Sommerzeit wegen die Behandlung ab. – Eines Tages besuchte mich ein jüngerer Kollege, einer meiner nächsten Freunde, der die Patientin – Irma – und ihre Familie in ihrem Landaufenthalt besucht hatte. Ich fragte ihn, wie er sie gefunden habe, und bekam die Antwort: Es geht ihr besser, aber nicht ganz gut. Ich weiß, daß mich die Worte meines Freundes Otto oder der Ton, in dem sie gesprochen waren, ärgerten. Ich glaubte einen Vorwurf herauszuhören, etwa daß ich der Patientin zu viel versprochen hätte, und führte – ob mit Recht oder Unrecht – die vermeintliche Parteinahme Ottos gegen mich auf den Einfluß von Angehörigen der Kranken zurück, die, wie ich annahm, meine Behandlung nie gerne gesehen hatten. Übrigens wurde mir meine peinliche Empfindung nicht klar, ich gab ihr auch keinen Ausdruck. Am selben Abend schrieb ich noch die Krankengeschichte Irmas nieder, um sie, wie zu meiner Rechtfertigung, dem Dr. M., einem gemeinsamen Freunde, der damals tonangebenden Persönlichkeit in unserem Kreise, zu übergeben. In der auf diesen Abend folgenden Nacht (wohl eher am Morgen) hatte ich den nachstehenden Traum, der unmittelbar nach dem Erwachen fixiert wurde.

Traum vom 23./24. Juli 1895

Eine große Halle – viele Gäste, die wir empfangen. – Unter ihnen I r m a , die ich sofort beiseite nehme, um gleichsam ihren Brief zu beantworten, ihr Vorwürfe zu machen, daß sie die „Lösung“ noch nicht akzeptiert. Ich sage ihr: Wenn du noch Schmerzen hast, so ist es wirklich nur deine Schuld. – Sie antwortet: Wenn du wüßtest, was ich für Schmerzen jetzt habe im Hals, Magen und Leib, es schnürt mich zusammen. – Ich erschrecke und sehe sie an. Sie sieht bleich und gedunsen aus; ich denke, am Ende übersehe ich da doch etwas Organisches. Ich nehme sie zum Fenster und schaue ihr in den Hals. Dabei zeigt sie etwas Sträuben wie die Frauen, die ein künstliches Gebiß tragen. Ich denke mir, sie hat es doch nicht nötig. – Der Mund geht dann auch gut auf, und ich finde rechts einen großen Fleck, und anderwärts sehe

ich an merkwürdigen krausen Gebilden, die offenbar den Nasenmuscheln nachgebildet sind, ausgedehnte weißgraue Schorfe. – Ich rufe schnell Dr. M. hinzu, der die Untersuchung wiederholt und bestätigt... Dr. M. sieht ganz anders aus als sonst; er ist sehr bleich, hinkt, ist am Kinn bartlos... Mein Freund Otto steht jetzt auch neben ihr, und Freund Leopold perkutiert sie über dem Leibchen und sagt: Sie hat eine Dämpfung links unten, weist auch auf eine infiltrierte Hautpartie an der linken Schulter hin (was ich trotz des Kleides wie er spüre)... M. sagt: Kein Zweifel, es ist eine Infektion, aber es macht nichts; es wird noch Dysenterie hinzukommen und das Gift sich ausscheiden... Wir wissen auch unmittelbar, woher die Infektion rührt. Freund Otto hat ihr unlängst, als sie sich unwohl fühlte, eine Injektion gegeben mit einem Propylpräparat, Propylen... Propionsäure... Trimethylamin (dessen Formel ich fettgedruckt vor mir sehe)... Man macht solche Injektionen nicht so leichtfertig... Wahrscheinlich war auch die Spritze nicht rein.

Dieser Traum hat vor vielen anderen eines voraus. Es ist sofort klar, an welche Ereignisse des letzten Tages er anknüpft, und welches Thema er behandelt. Der Vorbericht gibt hierüber Auskunft. Die Nachricht, die ich von Otto über Irmas Befinden erhalten, die Krankengeschichte, an der ich bis tief in die Nacht geschrieben, haben meine Seelentätigkeit auch während des Schlafes beschäftigt. Trotzdem dürfte niemand, der den Vorbericht und den Inhalt des Traumes zur Kenntnis genommen hat, ahnen können, was der Traum bedeutet. Ich selbst weiß es auch nicht. Ich wundere mich über die Krankheitssymptome, welche Irma im Traum mir klagt, da es nicht dieselben sind, wegen welcher ich sie behandelt habe. Ich lächle über die unsinnige Idee einer Injektion mit Propionsäure und über den Trost, den Dr. M. ausspricht. Der Traum scheint mir gegen sein Ende hin dunkler und gedrängter, als er zu Beginn ist. Um die Bedeutung von alledem zu erfahren, muß ich mich zu einer eingehenden Analyse entschließen.

Analyse

Die Halle – viele Gäste, die wir empfangen. Wir wohnten in diesem Sommer auf der Bellevue, einem einzelstehenden Hause auf einem der Hügel, die sich an den Kahlenberg anschließen. Dies Haus war ehemals, zu einem Vergnügungsort bestimmt, hat hievon die ungewöhnlich hohen, hallenförmigen Räume. Der Traum ist auch auf der Bellevue vorgefallen, und zwar wenige Tage vor dem Geburtsfeste meiner Frau. Am Tage hatte meine Frau die Erwartung ausgesprochen, zu ihrem Geburtstag würden mehrere Freunde, und darunter auch Irma, als Gäste zu uns kommen. Mein Traum antizipiert also diese Situation: Es ist der Geburtstag meiner Frau und viele Leute, darunter Irma, werden von uns als Gäste in der großen Halle der Bellevue empfangen.

Ich mache Irma Vorwürfe, daß sie die Lösung nicht akzeptiert hat; ich sage: Wenn du noch Schmerzen hast, ist es deine eigene Schuld. Das hätte ich ihr auch im Wachen sagen können, oder habe es ihr gesagt; Ich hatte damals die (später als unrichtig erkannte) Meinung, daß meine Aufgabe sich darin erschöpfe, den Kranken den verborgenen Sinn ihrer Symptome mitzuteilen; ob sie diese Lösung dann annehmen oder nicht, wovon der Erfolg abhängt, dafür sei ich nicht mehr verantwortlich. Ich bin diesem jetzt glücklich überwundenen Irrtum dankbar dafür, daß er mir die Existenz zu einer Zeit erleichtert, da ich in all meiner unvermeidlichen Ignoranz Heilerfolge produzieren sollte. – Ich merke aber an dem Satz, den ich im Traume zu Irma spreche, daß ich vor allem nicht Schuld sein will an den Schmerzen, die sie noch hat. Wenn es Irmas eigene Schuld ist, dann kann es nicht meine sein. Sollte in dieser Richtung die Absicht des Traums zu suchen sein?

Irmas Klagen; Schmerzen im Hals. Leib und Magen, es schnürt sie zusammen. Schmerzen im Magen gehörten zum Symptomkomplex meiner Patientin, sie waren aber nicht sehr vordringlich; sie klagte eher über Empfindungen von Übelkeit und Ekel. Schmerzen im Hals, im Leib, Schnüren in der Kehle spielten bei ihr kaum eine Rolle. Ich wundere mich, warum ich mich zu dieser Auswahl der Symptome im Traum entschlossen habe, kann es auch für den Moment nicht finden.

Sie sieht bleich und gedunsen aus. Meine Patientin war immer rosig. Ich vermute, daß sich hier eine andere Person ihr unterschiebt.

Ich erschrecke im Gedanken, daß ich doch eine organische Affektion übersehen habe. Wie man mir gerne glauben wird, eine nie erlöschende Angst beim Spezialisten, der fast ausschließlich Neurotiker sieht, und der so viele Erscheinungen auf Hysterie zu schieben gewohnt ist, welche andere Ärzte als organisch behandeln. Andererseits beschleicht mich – ich weiß nicht woher – ein leiser Zweifel, ob mein Erschrecken ganz ehrlich ist. Wenn die Schmerzen Irmas organisch begründet sind, so bin ich wiederum zu deren Heilung nicht verpflichtet. Meine Kur beseitigt ja nur hysterische Schmerzen. Es kommt mir also eigentlich vor, als sollte ich einen Irrtum in der Diagnose wünschen; dann wäre der Vorwurf

des Mißerfolgs auch beseitigt.

Ich nehme sie zum Fenster, um ihr in den Hals zu sehen. Sie sträubt sich ein wenig wie die Frauen, die falsche Zähne tragen. Ich denke mir, sie hat es ja doch nicht nötig. Bei Irma hatte ich niemals Anlaß, die Mundhöhle zu inspizieren. Der Vorgang im Traum erinnert mich an die vor einiger Zeit vorgenommene Untersuchung einer Gouvernante, die zunächst den Eindruck von jugendlicher Schönheit gemacht hatte, beim Öffnen des Mundes aber gewisse Anstalten traf, um ihr Gebiß zu verbergen. An diesen Fall knüpfen sich andere Erinnerungen an ärztliche Untersuchungen und an kleine Geheimnisse, die dabei, keinem von beiden zur Lust, enthüllt werden. – Sie hat es doch nicht nötig, ist wohl zunächst ein Kompliment für Irma; ich vermute aber noch eine andere Bedeutung. Man fühlt es bei aufmerksamer Analyse, ob man die zu erwartenden Hintergedanken erschöpft hat oder nicht. Die Art, wie Irma beim Fenster steht, erinnert mich plötzlich an ein anderes Erlebnis. Irma besitzt eine intime Freundin, die ich sehr hoch schätze. Als ich eines Abends bei ihr einen Besuch machte, fand ich sie in der im Traum reproduzierten Situation beim Fenster, und ihr Arzt, derselbe Dr. M., erklärte, daß sie einen diphtheritischen Belag habe. Die Person des Dr. M. und der Belag kehren ja im Fortgang des Traumes wieder. Jetzt fällt mir ein, daß ich in den letzten Monaten allen Grund bekommen habe, von dieser anderen Dame anzunehmen, sie sei gleichfalls hysterisch. Ja, Irma selbst hat es mir verraten. Was weiß ich aber von ihren Zuständen? Gerade das eine, daß sie an hysterischem Würgen leidet wie meine Irma im Traum. Ich habe also im Traum meine Patientin durch ihre Freundin ersetzt. Jetzt erinnere ich mich, ich habe oft mit der Vermutung gespielt, diese Dame könnte mich gleichfalls in Anspruch nehmen, sie von ihren Symptomen zu befreien. Ich hielt es aber dann selbst für unwahrscheinlich, denn sie ist von sehr zurückhaltender Natur. Sie *s t r ä u b t* sich, wie es der Traum zeigt. Eine andere Erklärung wäre, *d a ß s i e e s n i c h t n ö t i g h a t*; sie hat sich wirklich bisher stark genug gezeigt, ihre Zustände ohne fremde Hilfe zu beherrschen. Nun sind nur noch einige Züge übrig, die ich weder bei der Irma noch bei ihrer Freundin unterbringen kann: bleich, gedunsen, falsche Zähne. Die falschen Zähne führten mich auf jene Gouvernante; ich fühle mich nun geneigt, mich mit schlechten Zähnen zu begnügen. Dann fällt mir eine andere Person ein, auf welche jene Züge anspielen können. Sie ist gleichfalls nicht meine Patientin, und ich möchte sie nicht zur Patientin haben, da ich gemerkt habe, daß sie sich vor mir geniert und ich sie für keine gefügige Kranke halte. Sie ist für gewöhnlich bleich, und als sie einmal eine besonders gute Zeit hatte, war sie gedunsen. Ich habe also meine Patientin Irma mit zwei anderen Personen verglichen, die sich gleichfalls der Behandlung sträuben würden. Was kann es für Sinn haben, daß ich sie im Traume mit ihrer Freundin vertauscht habe? Etwa, daß ich sie vertauschen möchte; die andere erweckt entweder bei mir stärkere Sympathien oder ich habe eine höhere Meinung von ihrer Intelligenz. Ich halte nämlich Irma für unklug, weil sie meine Lösung nicht akzeptiert. Die andere wäre klüger, würde also eher nachgeben. *D e r M u n d g e h t d a n n a u c h g u t a u f*; sie würde mehr erzählen als Irma.

Was ich im Halse sehe: einen weißen Fleck und verschorfte Nasenmuscheln. Der weiße Fleck erinnert an Diphtheritis und somit an Irmas Freundin, außerdem aber an die schwere Erkrankung meiner ältesten Tochter vor nahezu zwei Jahren, und an all den Schreck jener bösen Zeit. Die Schorfe an den Nasenmuscheln mahnen an eine Sorge um meine eigene Gesundheit. Ich gebrauchte damals häufig Kokain, um lästige Nasenschwellungen zu unterdrücken, und hatte vor wenigen Tagen gehört, daß eine Patientin, die es mir gleich tat, sich eine ausgedehnte Nekrose der Nasenschleimhaut zugezogen hatte. Die Empfehlung des Kokains, die 1885 von mir ausging, hat mir auch schwerwiegende Vorwürfe eingetragen. Ein teurer, 1895 schon verstorbener Freund hatte durch den Mißbrauch dieses Mittels seinen Untergang beschleunigt.

Ich rufe schnell Dr. M. hinzu, der die Untersuchung wiederholt. Das entspräche einfach der Stellung, die M. unter uns einnahm. Aber das „schnell“ ist auffällig genug, um eine besondere Erklärung zu fordern. Es erinnert mich an ein trauriges ärztliches Erlebnis. Ich hatte einmal durch die fortgesetzte Ordination eines Mittels, welches damals noch als harmlos galt (Sulfonal), eine schwere Intoxikation bei einer Kranken hervorgerufen und wandte mich dann eiligst an den erfahrenen älteren Kollegen um Beistand. Daß ich diesen Fall wirklich im Auge habe, wird durch einen Nebenumstand erhärtet. Die Kranke, welche der Intoxikation erlag, führte denselben Namen wie meine älteste Tochter. Ich hatte bis jetzt niemals daran gedacht; jetzt kommt es mir beinahe wie eine Schicksalsvergeltung vor. Als sollte sich die Ersetzung der Personen in anderem Sinne fortsetzen; diese Mathilde für jene Mathilde; Aug' um Aug', Zahn um Zahn. Es ist, als ob ich alle Gelegenheiten hervorsuchte, aus denen ich mir den Vorwurf mangelnder ärztlicher Gewissenhaftigkeit machen kann.

Dr. M. ist bleich, ohne Bart am Kinn und hinkt. Davon ist soviel richtig, daß sein schlechtes Ausse-

hen häufig die Sorge seiner Freunde erweckt. Die beiden anderen Charaktere müssen einer anderen Person angehören. Es fällt mir mein im Auslande lebender älterer Bruder ein, der das Kinn rasiert trägt und dem, wenn ich mich recht erinnere, der M. des Traumes im ganzen ähnlich sah. Über ihn kam vor einigen Tagen die Nachricht, daß er wegen einer arthritischen Erkrankung in der Hüfte hinke. Es muß einen Grund haben, daß ich die beiden Personen im Traume zu einer einzigen verschmelze. Ich erinnere mich wirklich, daß ich gegen beide aus ähnlichen Gründen mißgestimmt war. Beide hatten einen gewissen Vorschlag, den ich ihnen in der letzten Zeit gemacht hatte, zurückgewiesen.

Freund Otto steht jetzt bei der Kranken und Freund Leopold untersucht sie und weist eine Dämpfung links unten nach. Freund Leopold ist gleichfalls Arzt, ein Verwandter von Otto. Das Schicksal hat die beiden, da sie dieselbe Spezialität ausüben, zu Konkurrenten gemacht, die man beständig miteinander vergleicht. Sie haben mir beide Jahre hindurch assistiert, als ich noch eine öffentliche Ordination für nervenranke Kinder leitete. Szenen, wie die im Traum reproduzierte, haben sich dort oftmals zugezogen. Während ich mit O t t o über die Diagnose eines Falles debattierte, hatte L e o p o l d das Kind neuerdings untersucht und einen unerwarteten Beitrag zur Entscheidung beigebracht. Es bestand eben zwischen ihnen eine ähnliche Charakterschiedenheit wie zwischen dem Inspektor B r ä s i g und seinem Freunde K a r l . Der eine tat sich durch „Fixigkeit“ hervor, der andere war langsam, bedächtig, aber gründlich. Wenn ich im Traume Otto und den vorsichtigen Leopold einander gegenüberstelle, so geschieht es offenbar, um Leopold herauszustreichen. Es ist ein ähnliches Vergleichen wie oben zwischen der unfolgsamen Patientin Irma und ihrer für klüger gehaltenen Freundin. Ich merke jetzt auch eines der Gleise, auf denen sich die Gedankenverbindung im Traume fortschiebt: vom kranken Kind zum Kinderkrankeninstitut. – Die Dämpfung links unten macht mir den Eindruck, als entspräche sie allen Details eines einzelnen Falls, in dem mich Leopold durch seine Gründlichkeit frappiert hat. Es schwebt mir außerdem etwas vor wie eine metastatische Affektion, aber es könnte auch eine Beziehung zu der Patientin sein, die ich an Stelle von Irma haben möchte. Diese Dame imitiert nämlich, soweit ich es übersehen kann, eine Tuberkulose.

Eine infiltrierte Hautpartie an der linken Schulter. Ich weiß sofort, das ist mein eigener Schulterrheumatismus, den ich regelmäßig verspüre, wenn ich bis tief in die Nacht wach geblieben bin. Der Wortlaut im Traume klingt auch so zweideutig: was ich... wie er s p ü r e . Am eigenen Körper spüre, ist gemeint. Übrigens fällt mir auf, wie ungewöhnlich die Bezeichnung „infiltrierte Hautpartie“ klingt. An die „Infiltration links hinten oben“ sind wir gewöhnt; die bezöge sich auf die Lunge und somit wieder auf Tuberkulose.

Trotz des Kleides. Das ist allerdings nur eine Einschaltung. Die Kinder im Krankeninstitut untersuchten wir natürlich entkleidet; es ist irgendein Gegensatz zur Art, wie man erwachsene weibliche Patienten untersuchen muß. Von einem hervorragenden Kliniker pflegte man zu erzählen, daß er seine Patienten stets nur durch die Kleider physikalisch untersucht habe. Das Weitere ist mir dunkel, ich habe, offen gesagt, keine Neigung, mich hier tiefer einzulassen.

Dr. M. sagt: Es ist eine Infektion, aber es macht nichts. Es wird noch Dysenterie hinzukommen und das Gift sich ausscheiden. Das erscheint mir zuerst lächerlich, muß aber doch, wie alles andere, sorgfältig zerlegt werden. Näher betrachtet zeigt es doch eine Art von Sinn. Was ich an der Patientin gefunden habe, war eine lokale Diphtheritis. Aus der Zeit der Erkrankung meiner Tochter erinnere ich mich an die Diskussion über Diphtheritis und Diphtherie. Letztere ist die Allgemeininfektion, die von der lokalen Diphtheritis ausgeht. Eine solche Allgemeininfektion weist Leopold durch die Dämpfung nach, welche also an metastatische Herde denken läßt. Ich glaube zwar, daß gerade bei Diphtherie derartige Metastasen nicht vorkommen. Sie erinnern mich eher an Pyämie.

Es macht nichts, ist ein Trost. Ich meine, er fügt sich folgendermaßen ein: Das letzte Stück des Traumes hat den Inhalt gebracht, daß die Schmerzen der Patientin von einer schweren organischen Affektion herrühren. Es ahnt mir, daß ich auch damit nur die Schuld von mir abwälzen will. Für den Fortbestand diphtheritischer Leiden kann die psychische Kur nicht verantwortlich gemacht werden. Nun geniert es mich doch, daß ich Irma ein so schweres Leiden andichte, einzig und allein, um mich zu entlasten. Es sieht so grausam aus. Ich brauche also eine Versicherung des guten Ausgangs, und es scheint mir nicht übel gewählt, daß ich den Trost gerade der Person des Dr. M. in den Mund lege. Ich erhebe mich aber hier über den Traum, was der Aufklärung bedarf.

Warum ist dieser Trost aber so unsinnig?

Dysenterie: Irgendeine fernliegende theoretische Vorstellung, daß Krankheitsstoffe durch den Darm entfernt werden können. Will ich mich damit über den Reichtum des Dr. M. an weit hergeholten Erklärungen, sonderbaren pathologischen Verknüpfungen lustig machen? Zu Dysenterie fällt mir noch

etwas anderes ein. Vor einigen Monaten hatte ich einen jungen Mann mit merkwürdigen Stuhlbeschwerden übernommen, den andere Kollegen als einen Fall von „Anämie mit Unterernährung“ behandelt hatten. Ich erkannte, daß es sich um eine Hysterie handle, wollte meine Psychotherapie nicht an ihm versuchen und schickte ihn auf eine Seereise. Nun bekam ich vor einigen Tagen einen verzweifelten Brief von ihm aus Ägypten, daß er dort einen neuen Anfall durchgemacht, den der Arzt für Dysenterie erklärt habe. Ich vermute zwar, die Diagnose ist nur ein Irrtum des unwissenden Kollegen, der sich von der Hysterie äffen lässt; aber ich konnte mir doch die Vorwürfe nicht ersparen, daß ich den Kranken in die Lage versetzt, sich zu einer hysterischen Darmaffektion etwa noch eine organische zu holen. Dysenterie klingt ferner an Diphtherie an, welcher Name ††† im Traum nicht genannt wird.

Ja, es muß so sein, daß ich mich mit der tröstlichen Prognose: Es wird noch Dysenterie hinzukommen usw. über Dr. M. lustig mache, denn ich entsinne mich, daß er einmal vor Jahren etwas ganz Ähnliches von einem Kollegen lachend erzählt hat. Er war zur Konsultation mit diesem Kollegen bei einem schwer Kranken berufen worden und fühlte sich veranlaßt, dem anderen, der sehr hoffnungsfreudig schien, vorzuhalten, daß er beim Patienten Eiweiß im Harn finde. Der Kollege ließ sich aber nicht irremachen, sondern antwortete beruhigt: *D a s m a c h t n i c h t s*, Herr Kollege, der Eiweiß wird sich schon ausscheiden! – Es ist mir also nicht mehr zweifelhaft, daß in diesem Stück des Traumes ein Hohn auf die der Hysterie unwissenden Kollegen enthalten ist. Wie zur Bestätigung fährt mir jetzt durch den Sinn: Weiß denn Dr. M., daß die Erscheinungen bei seiner Patientin, der Freundin Irmas, welche eine Tuberkulose befürchten lassen, auch auf Hysterie beruhen? Hat er diese Hysterie erkannt, oder ist er ihr „aufgesessen“?

Welches Motiv kann ich aber haben, diesen Freund so schlecht zu behandeln? Das ist sehr einfach: Dr. M. ist mit meiner „Lösung“ bei Irma so wenig einverstanden wie Irma selbst. Ich habe also in diesem Traum bereits an zwei Personen Rache genommen, an Irma mit den Worten: Wenn du noch Schmerzen hast, ist es deine eigene Schuld, und an Dr. M. mit dem Wortlaut der ihm in den Mund gelegten unsinnigen Tröstung.

Wir wissen unmittelbar, woher die Infektion rührt. Dies unmittelbare Wissen im Traume ist merkwürdig. Eben vorhin wußten wir es noch nicht, da die Infektion erst durch Leopold nachgewiesen wurde.

Freund Otto hat ihr, als sie sich unwohl fühlte, eine Injektion gegeben. Otto hatte wirklich erzählt, daß er in der kurzen Zeit seiner Anwesenheit bei Irmas Familie ins benachbarte Hotel geholt wurde, um dort jemandem, der sich plötzlich unwohl fühlte, eine Injektion zu machen. Die Injektionen erinnern mich wieder an den unglücklichen Freund, der sich mit Kokain vergiftet hat. Ich hatte ihm das Mittel nur zur internen Anwendung während der Morphiumentziehung geraten; er machte sich aber unverzüglich Kokaininjektionen.

Mit einem Propylpräparat... Propylen... Propionsäure. Wie komme ich nur dazu? Am selben Abend, nach welchem ich an der Krankengeschichte geschrieben und darauf geträumt hatte, öffnete meine Frau eine Flasche Likör, auf welcher „Ananas“ zu lesen stand und die ein Geschenk unseres Freundes Otto war. Er hatte nämlich die Gewohnheit, bei allen möglichen Anlässen zu schenken; hoffentlich wird er einmal durch eine Frau davon kuriert. Diesem Likör entströmte ein solcher Fuselgeruch, daß ich mich weigerte, davon zu kosten. Meine Frau meinte: Diese Flasche schenken wir den Dienstleuten, und ich, noch vorsichtiger, untersagte es mit der menschenfreundlichen Bemerkung, sie sollen sich auch nicht vergiften. Der Fuselgeruch (Amyl...) hat nun offenbar bei mir die Erinnerung an die ganze Reihe: Propyl, Methyl usw. geweckt, die für den Traum die Propylenpräparate lieferte. Ich habe dabei allerdings eine Substitution vorgenommen, Propyl geträumt, nachdem ich Amyl gerochen, aber derartige Substitutionen sind vielleicht gerade in der organischen Chemie gestattet.

Trimethylamin. Von diesem Körper sehe ich im Traume die chemische Formel, was jedenfalls eine große Anstrengung meines Gedächtnisses bezeugt, und zwar ist die Formel fett gedruckt, als wollte man aus dem Kontext etwas als ganz besonders wichtig herausheben. Worauf führt mich nun Trimethylamin, auf das ich in solcher Weise aufmerksam gemacht werde? Auf ein Gespräch mit einem anderen Freunde, der seit Jahren um all meine keimenden Arbeiten weiß, wie ich um die seinigen. Er hatte mir damals gewisse Ideen zu einer Sexualchemie mitgeteilt und unter anderem erwähnt, eines der Produkte des Sexualstoffwechsels glaube er im Trimethylamin zu erkennen. Dieser Körper führt mich also auf die Sexualität, auf jenes Moment, dem ich für die Entstehung der nervösen Affektionen, welche ich heilen will, die größte Bedeutung beilege. Meine Patientin Irma ist eine jugendliche Witwe; wenn es mir darum zu tun ist, den Mißerfolg der Kur bei ihr zu entschuldigen, werde ich mich wohl am besten auf diese Tatsache berufen, an welcher ihre Freunde gern ändern möchten. Wie merkwürdig übrigens ein solcher Traum

gefügt ist! Die andere, welche ich an Irmas Statt im Traume zur Patientin habe, ist auch eine junge Witwe.

Ich ahne, warum die Formel Trimethylamin im Traume sich so breit gemacht hat. Es kommt soviel Wichtiges in diesem einen Wort zusammen: Trimethylamin ist nicht nur eine Anspielung auf das übermächtige Moment der Sexualität, sondern auch auf eine Person, an deren Zustimmung ich mich mit Befriedigung erinnere, wenn ich mich mit meinen Ansichten verlassen fühle. Sollte dieser Freund, der in meinem Leben eine so große Rolle spielt, in dem Gedankenzusammenhang des Traumes weiter nicht vorkommen? Doch; er ist in besonderer Kenner der Wirkungen, welche von Affektionen der Nase und ihrer Nebenhöhlen ausgehen, und hat der Wissenschaft einige höchst merkwürdige Beziehungen der Nasenmuscheln zu den weiblichen Sexualorganen eröffnet. (Die drei krausen Gebilde im Hals bei Irma.) Ich habe Irma von ihm untersuchen lassen, ob ihre Magenschmerzen etwa nasalen Ursprungs sind. Er leidet aber selbst an Naseneiterungen, die mir Sorge bereiten, und darauf spielt wohl die Pyämie an, die mir bei den Metastasen des Traumes vorschwebt.

Man macht solche Injektionen nicht so leichtfertig. Hier wird der Vorwurf der Leichtfertigkeit unmittelbar gegen Freund Otto geschleudert. Ich glaube, etwas Ähnliches habe ich mir am Nachmittage gedacht, als er durch Wort und Blick seine Parteinahme gegen mich zu bezeugen schien. Es war etwa: Wie leicht er sich beeinflussen läßt; wie leicht er mit seinem Urteil fertig wird. – Außerdem deutet mir der obenstehende Satz wiederum auf den verstorbenen Freund, der sich so rasch zu Kokaininjektionen entschloß. Ich hatte Injektionen mit dem Mittel, wie gesagt, gar nicht beabsichtigt. Bei dem Vorwurf, den ich gegen Otto erhebe, leichtfertig mit jenen chemischen Stoffen umzugehen, merke ich, daß ich wieder die Geschichte jener unglücklichen Mathilde berühre, aus der derselbe Vorwurf gegen mich hervorgeht. Ich sammle hier offenbar Beispiele für meine Gewissenhaftigkeit, aber auch fürs Gegenteil.

Wahrscheinlich war auch die Spritze nicht rein. Noch ein Vorwurf gegen Otto, der aber anderswoher stammt. Gestern traf ich zufällig den Sohn einer zweiundachtzigjährigen Dame, der ich täglich zwei Morphiuminjektionen geben muß. Sie ist gegenwärtig auf dem Lande, und ich hörte über sie, daß sie an einer Venenentzündung leide. Ich dachte sofort daran, es handle sich um ein Infiltrat durch Verunreinigung der Spritze. Es ist mein Stolz, daß ich ihr in zwei Jahren nicht ein einziges Infiltrat gemacht habe; es ist freilich meine beständige Sorge, ob die Spritze auch rein ist. Ich bin eben gewissenhaft. Von der Venenentzündung komme ich wieder auf meine Frau, die in einer Schwangerschaft an Venenstauungen gelitten, und nun tauchen in meiner Erinnerung drei ähnliche Situationen, mit meiner Frau, mit Irma und der verstorbenen Mathilde auf, deren Identität mir offenbar das Recht gegeben hat, die drei Personen im Traum füreinander einzusetzen.

Ich habe nun die Traumdeutung vollendet. Während dieser Arbeit hatte ich Mühe, mich all der Einfälle zu erwehren, zu denen der Vergleich zwischen dem Trauminhalt und den dahinter versteckten Traumgedanken die Anregung geben mußte. Auch ist mir unterdes der „Sinn“ des Traumes aufgegangen. Ich habe eine Absicht gemerkt, welche durch den Traum verwirklicht wird und die das Motiv des Träumens gewesen sein muß. Der Traum erfüllt einige Wünsche, welche durch die Ereignisse des letzten Abends (die Nachricht Ottos, die Niederschrift der Krankengeschichte) in mir rege gemacht worden sind. Das Ergebnis des Traumes ist nämlich, daß ich nicht Schuld bin an dem noch vorhandenen Leiden Irmas, und daß Otto daran Schuld ist. Nun hat mich Otto durch seine Bemerkung über Irmas unvollkommene Heilung geärgert, der Traum rächt mich an ihm, indem er den Vorwurf auf ihn selbst zurückwendet. Von der Verantwortung für Irmas Befinden spricht der Traum mich frei, indem er dasselbe auf andere Momente (gleich eine ganze Reihe von Begründungen) zurückführt. Der Traum stellt einen gewissen Sachverhalt so dar, wie ich ihn wünschen möchte; **sein Inhalt ist als o eine Wunscherfüllung, sein Motiv ein Wunsch.**

Soviel springt in die Augen. Aber auch von den Details des Traumes wird mir manches unter dem Gesichtspunkte der Wunscherfüllung verständlich. Ich räche mich nicht nur an Otto für seine voreilige Anteilnahme gegen mich, indem ich ihm eine voreilige ärztliche Handlung zuschiebe (die Injektion), sondern ich nehme auch Rache an ihm für den schlechten Likör, der nach Fusel duftet, und ich finde im Traum einen Ausdruck, der beide Vorwürfe vereint: die Injektion mit einem Propylenpräparat. Ich bin noch nicht befriedigt, sondern setze meine Rache fort, indem ich ihm seinen verlässlicheren Konkurrenten gegenüberstelle. Ich scheine damit zu sagen: Der ist mir lieber als du. Otto ist aber nicht der einzige, der die Schwere meines Zorns zu fühlen hat. Ich räche mich auch an der unfolgsamen Patientin, indem ich sie mit einer klügeren, gefügigeren vertausche. Ich lasse auch dem Dr. M. seinen Widerspruch nicht ruhig hingehen, sondern drücke ihm in einer deutlichen Anspielung meine Mei-

nung aus, daß er der Sache als ein Unwissender gegenübersteht („Es wird Dysenterie hinzukommen etc.“). Ja, mir scheint, ich appelliere von ihm weg an einen anderen, Besserwissenden (meinen Freund, der mir vom Trimethylamin erzählt hat), wie ich von Irma an ihre Freundin, von Otto an Leopold mich gewendet habe. Schafft mir diese Personen weg, ersetzt sie mir durch drei andere meiner Wahl, dann bin ich der Vorwürfe ledig, die ich nicht verdient haben will! Die Grundlosigkeit dieser Vorwürfe selbst wird mir im Traume auf die weitläufigste Art erwiesen. Irmas Schmerzen fallen nicht mir zu Last, denn sie ist selbst schuld an ihnen, indem sie meine Lösung anzunehmen verweigert. Irmas Schmerzen gehen mich nichts an, denn sie sind organischer Natur, durch eine psychische Kur gar nicht heilbar. Irmas Leiden klären sich befriedigend durch ihre Witwenschaft (Trimethylamin!), woran ich ja nichts ändern kann. Irmas Leiden ist durch eine unvorsichtige Injektion von seiten Ottos hervorgerufen worden mit einem dazu nicht geeigneten Stoff, wie ich sie nie gemacht hätte. Irmas Leiden rührt von einer Injektion mit unreiner Spritze her wie die Venenentzündung meiner alten Dame, während ich bei meinen Injektionen niemals etwas anstelle. Ich merke zwar, diese Erklärungen für Irmas Leiden, die darin zusammentreffen, mich zu entlasten, stimmen untereinander nicht zusammen, ja sie schließen einander aus. Das ganze Plaidoyer – nichts anderes ist dieser Traum – erinnert lebhaft an die Verteidigung des Mannes, der von seinem Nachbarn angeklagt war, ihm einen Kessel in schadhaftem Zustande zurückgegeben zu haben. Erstens habe er ihn unversehrt zurückgebracht, zweitens war der Kessel schon durchlöchert, als er ihn entlehnte, drittens hat er nie einen Kessel vom Nachbarn entlehnt. Aber um so besser; wenn nur eine dieser drei Verteidigungsarten als stichhaltig erkannt wird, muß der Mann freigesprochen werden.

Es spielen in den Traum noch andere Themata hinein, deren Beziehung zu meiner Entlastung von Irmas Krankheit nicht so durchsichtig ist: Die Krankheit meiner Tochter und die einer gleichnamigen Patientin, die Kokainschädlichkeit, die Affektion meines in Ägypten reisenden Patienten, die Sorge um die Gesundheit meiner Frau, meines Bruders, des Dr. M., meine eigenen Körperbeschwerden, die Sorge um den abwesenden Freund, der an Naseneiterungen leidet. Doch wenn ich all das ins Auge fasse, fügt es sich zu einem einzigen Gedankenkreis zusammen, etwa mit der Etikette: Sorge um die Gesundheit, eigene und fremde, ärztliche Gewissenhaftigkeit. Ich erinnere mich an eine unklare peinliche Empfindung, als mir Otto die Nachricht von Irmas Befinden brachte. Aus dem im Traume mitspielenden Gedankenkreis möchte ich nachträglich den Ausdruck für diese flüchtige Empfindung einsetzen. Es ist, als ob er mir gesagt hätte: Du nimmst deine ärztlichen Pflichten nicht ernsthaft genug, bist nicht gewissenhaft, hältst nicht, was du versprichst. Daraufhin hätte sich mir jener Gedankenkreis zur Verfügung gestellt, damit ich den Nachweis erbringen könne, in wie hohem Grade ich gewissenhaft bin, wie sehr mir die Gesundheit meiner Angehörigen, Freunde und Patienten am Herzen liegt. Bemerkenswerterweise sind unter diesem Gedankenmaterial auch peinliche Erinnerungen, die eher für die meinem Freund Otto zugeschriebene Beschuldigung als für meine Entschuldigung sprechen. Das Material ist gleichsam unparteiisch, aber der Zusammenhang dieses breiteren Stoffes, auf dem der Traum ruht, mit dem engeren Thema des Traums, aus dem der Wunsch hervorgangen ist, an Irmas Krankheit unschuldig zu sein, ist doch unverkennbar.

Ich will nicht behaupten, daß ich den Sinn dieses Traumes vollständig aufgedeckt habe, daß seine Deutung eine lückenlose ist.

Ich könnte noch lange bei ihm verweilen, weitere Aufklärungen aus ihm entnehmen und neue Rätsel erörtern, die er aufwerfen heißt. Ich kenne selbst die Stellen, von denen aus weitere Gedankenzusammenhänge zu verfolgen sind; aber Rücksichten, wie sie bei jedem eigenen Traum in Betracht kommen, halten mich von der Deutungsarbeit ab. Wer mit dem Tadel für solche Reserve rasch bei der Hand ist, der möge nur selbst versuchen, aufrichtiger zu sein als ich. Ich begnüge mich für den Moment mit der einen neu gewonnenen Erkenntnis: Wenn man die hier angezeigte Methode der Traumdeutung befolgt, findet man, daß der Traum wirklich einen Sinn hat und keineswegs der Ausdruck einer zerbröckelten Hirntätigkeit ist, wie die Autoren wollen. **N a c h v o l l e n d e t e r D e u t u n g s a r b e i t l ä ß t s i c h d e r T r a u m a l s e i n e W u n s c h e r f ü l l u n g e r k e n n e n .**

Beispiel 2.2: Psychoanalyse eines Patienten mit Depression nach Suizidversuch

Das Fallbeispiel verdeutlicht:

- wichtige Elemente in der Anamnese,
- ihren Zusammenhang mit verschiedenen Symptomen, Abwehrmechanismen, Widerstands- und Übertragungsreaktionen etc.,
- Traumdeutung, Übertragungsprozesse und Rekonstruktionen als therapeutische Instrumente.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Abschnitte:

- 2.6 Konflikt, Symptombildung und Neurose
- 2.7 Die therapeutische Situation
- 2.8 Traum und Deutung
- 2.9 Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung

Quelle

Dührssen, A. (1972). Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie/Vandenhoeck & Ruprecht (S. 352–361). Mit freundlicher Genehmigung.

Patient B. M., 32 Jahre (geb. 1920), unverheiratet, Briefträger (Abiturient), möbliertes Zimmer.

Symptomatik: Suicidversuch, Depressionen, Angstsymptomatik, Erröten, Pollutionen, Unfähigkeit, in Gegenwart anderer zu urinieren, perverse Onaniephantasien (die gesamte Symptomatik wurde erst in der fünften beziehungsweise zehnten Behandlungsstunde mitgeteilt). Überwiegend depressive Struktur.

Beginn und Dauer der Symptomatik: Akute Zuspitzung der Depression im Suicidversuch, sonst schleichender, chronischer Verlauf.

Auslösende Situation: Kaum zu bestimmen; Schwellensituation des Lebens? Prognose: Fraglich.

Stundenzahl: 200.

Behandlungsdauer: 2½ Jahre.

Behandlungsergebnis: Günstige strukturelle Entwicklung mit Fortfall der Symptomatik.

Katamnese: Nach zwei, fünf und acht Jahren; kein Rückfall.

Zur Biographie: Der Patient stammte aus ausgesprochenem Proletarier-Milieu und wurde im dritten Hinterhof eines großen Mietshauses in Stube und Küche groß. Die wirtschaftlichen Verhältnisse der Familie waren immer äußerst bedrängt. Der Vater des Patienten war Maurerpolier, angeblich Trinker. Die Mutter eine verhärmte und versorgte Frau. Die Ehe der Eltern soll eine wüste Streitehe gewesen sein. Als die vier Jahre jüngere Schwester des Patienten geboren wurde, verließ der Vater die Familie und ließ sich auf einem Schiff anheuern. Die Mutter mußte sich und beide Kinder allein durchbringen. Sechs Jahre später (Patient zehn Jahre) kehrte der Vater wieder zur Familie zurück.

Der Patient soll ein besonders aufgewecktes, hübsches und intelligentes Kind gewesen sein. Die Mutter legte alle ihre Hoffnungen und ihren Stolz in den Jungen und setzte es auf den Rat der Lehrer des Patienten und gegen den späteren leidenschaftlichen Widerstand des Vaters durch, daß der Junge sein Abitur machte. Der Patient war schon während der Schulzeit (obgleich groß, kräftig und sogar sportlich gewandt) ein scheuer Einzelgänger. Als er kurz nach dem Abitur eingezogen wurde, manifestierte sich seine Angst, in Gegenwart anderer Männer zu urinieren, erstmalig und brachte ihm schwere Komplikationen. Er überlebte den Krieg, kam auch nicht in Gefangenschaft, fristete aber nach dem Kriegsende sein Leben nur mit Gelegenheitsarbeiten und gab den Versuch zum Studium auf, weil er eine besondere Angstsymptomatik entwickelte, die ihn daran hinderte, sich in bestimmte „wissenschaftliche“ Gebäude zu wagen. Schließlich fand der Patient eine Tätigkeit als Briefträger bei der Post, die er auch bei Behandlungsübernahme noch ausübte. Seine einzige Liebhaberei war das Schachspiel. Der Patient war Mitglied eines Fernschachbundes.

Neurotische Reaktionsformen, Abwehrmechanismen, Haltungen usw.: „Gehemmtheitsstruktur“, Verdrängen, Rückzug vom Menschen, Unterwerfungstendenzen, Masochismus; „Entwicklung der

Intelligenz auf Vorgriff⁶⁶ mit starkem Bemühen, alle beschämenden oder belastenden Erlebnisse und Konflikte durch Beurteilen und Bewerten zu lösen.

Die Bedeutung der auslösenden Situation: Eine umschriebene äußere Konfliktsituation lag nicht vor. Nach den Angaben des Patienten führte die zunehmend bedrängende Symptomatik zu einer Verstärkung der Depressionen. Ebenso die immer deutlicher registrierte Diskrepanz zwischen den äußeren Lebensumständen und den inneren Möglichkeiten oder Plänen. Erkenntnisse, die dem Patienten offenbar mit dem Überschreiten der 30-Jahr-Schwelle mit besonderer Deutlichkeit ins Bewußtsein gerückt waren.

Konfliktthemen während der Behandlung: Anfänglich vor allem die belastende und beschämende *Symptomatik:* Die Pollutionen und die Unfähigkeit, in Gegenwart anderer Männer zu urinieren sowie die perversen Onaniephantasien, die den Inhalt hatten, daß der Patient mit einer herrischen und grausamen Frau zusammenlebte, deren Hauptattribut eine Reitgerte war und die ihn, als äußerster Form der Demütigung, regelmäßig dazu zwang, den Cunnilingus auszuüben. Die Beziehung zur Mutter („ich habe meiner Mutter den Mann ersetzt“). Die Beziehung zu dem brutalen Vater, der dem Sohn das Abitur und die Studienpläne verübelte (Vaters ständige Rede: „Mein feiner Herr Sohn“ und „der feine Pinkel“). Die gescheiterte Berufsentwicklung. Das Isolierleben des Patienten, der noch nie eine sexuelle Beziehung zu einer Frau gehabt hatte und keine Freunde kannte. Die Abneigung des Patienten gegen eine Ehe und der Plan, sich kastrieren zu lassen, um einen Ausweg aus dem sexuellen Dilemma zu finden. – Die Begeisterung des Patienten für das Schachspiel und die Mitgliedschaft im Fernschachbund, und schließlich (sehr spät in der Behandlung) die Beziehung zur vier Jahre jüngeren Schwester und den zugehörigen Inzestphantasien. Im späteren Verlauf der Behandlung die weitere Berufsausbildung mit dem neu aufgenommenen Studium und die erste sexuelle Partnerschaft.

Die inneren Formeln des Patienten:

Ich bin ein angekränkelter Intellektueller.

Ich bin sowieso zum Scheitern verurteilt.

Ich werde mich nie unter Menschen wagen.

Frauen sind höhere Wesen, ganz unerreichbar, man muß sie auf Händen tragen.

Meine Frau soll es mal besser haben als meine Mutter.

Mein Vater war ein brutaler Prolet! Ich will keinesfalls 50 werden wie er!

Später (scherzhaft und in bezug auf einen Traum): Ich bin der kranke Schwan.

Die Reaktion des Patienten auf die analytische Situation und die Abmachungen: Kein Agieren, sondern eine „ergebene“ Form gefügiger Unterwerfung. Relativ gleichmäßige Produktion bilderreicher und bunter Träume. Gelegentlich Verspäten (als Widerstandsphänomen). Gelegentlich die Mitteilung, daß er zwar geträumt habe, den Bericht der Träume aber zurückstellen möchte, um vorher etwas anderes zu erörtern (mehr als ein Zeichen probierter Verselbständigung zu werten, weniger ein Widerstandsphänomen).

Übertragungs- und Widerstandsreaktionen: Anfänglich ganz überwiegend eine masochistisch-unterwürfige Mutterübertragung („die erdrückende Mutter“) mit zahlreichen Elefantenträumen, in denen die Elefantenkuh das Junge erdrückt oder koitiert werden soll. Im Zug der allmählichen Korrektur des Eltern-, vor allem des Vater-Bildes, kam eine Schwestern-Übertragung auf, die den abgewehrten Schwesterninzest zum Inhalt hatte.

Eine „philobatische“ Tendenz war deutlich und hatte sich sowohl in der Berufsentwicklung wie in der Liebhaberei des Patienten durchgesetzt (der auf den Straßen wandernde Briefträger und das Mitglied im Fernschachbund). Insofern auch eine deutliche Neigung, die Übertragungsbindung locker zu halten, um sowohl den erdrückenden wie den bindenden mütterlichen Tendenzen zu entgehen.

Aus diesen Reaktionen speisten sich auch die wesentlichsten *Widerstandsphänomene:* Die Angst vor einer eigenen produktiven Lebensgestaltung wurzelte bei dem Patienten einerseits in der Angst vor dem Kampf mit dem Vater, andererseits in der Vorstellung, daß seine Entwicklungsschritte im Grunde doch nur der Frau zugute kommen würden. Vor allem in dieser Zeit brachte der Patient hartnäckig den Plan vor, sich kastrieren zu lassen. Die ausgedehnten Überlegungen, die diesem Plan galten, waren nicht nur der Ausdruck alter Kastrationsängste, sondern zugleich ein Widerstandsphänomen. Mit dem Plan der Selbstverstümmelung wurde zugleich der alte Schutzbau festgehalten, mit dem der Patient seine tiefen Ängste kompensiert hatte. In diesen Phasen neigte der Patient außerdem dazu, Fragen zu stellen, statt Einfälle zu bringen, oder er versuchte, mich in theoretische Diskussionen zu verwickeln.

Regressionsformen: Anfängliche Regression auf die anal-sadistische Stufe mit zugehörigen Phantasien. Später kurze, aber sehr intensive Phasen tiefer, gutartiger Regression mit anschließendem, rauschhaftem Befreiungsgefühl.

Zum Behandlungsverlauf:

Die Behandlung des Patienten wurde mit drei Wochenstunden begonnen. Nach einem Jahr gingen wir auf zwei Wochenstunden über, um danach die Behandlung mit einer Wochenstunde auslaufen zu lassen. Der Patient fühlte sich wesentlich gefördert, hatte ein Chemiestudium aufgenommen und eine feste Freundin (kaufmännische Angestellte) gefunden. Sein Studium hat er nach Abschluß der Therapie ergebnisreich zu Ende geführt, die Freundin später geheiratet. Der Patient verzog nach Westdeutschland und berichtete mir bei gelegentlichen Besuchen in Berlin über seine weitere Lebensentwicklung. Abgesehen von zeitweilig auftauchenden depressiven Verstimmungen, ist die übrige Symptomatik nicht wieder aufgetaucht.

a) Die Eröffnungsphase der Behandlung

Nach dem vorbereitenden Gespräch kam der Patient zur ersten Behandlungsstunde einige Minuten zu spät und entschuldigte sich. Ich sagte nur, daß das ja passieren könnte, verzeichnete aber, daß der Patient offenbar große Ängste hatte und vielleicht auch nicht ganz damit einverstanden war, daß er zu einer Frau in Behandlung kam. Der Patient sagte dann: „Ich *sollte* ja einen Traum mitbringen“ und berichtete:

Initialtraum: „Ich will verreisen und habe es sehr eilig. Es gibt einen Schnellzug und einen Bummelzug. Aus irgendeinem Grund ist mir der Schnellzug verboten. Ich nehme ihn aber doch. In dem Abteil gibt mir ein Herr (kann aber auch eine Dame sein) einen Brief, den ich einstecken soll. Am Ziel – es ist unklar, ob es das richtige Ziel ist – stecke ich den Brief in den Postkastenschlitz und bemerke, daß der Brief eigentlich ein Ei ist. Ich habe Angst, daß ich den Brief in den falschen Schlitz gesteckt habe.“

Als der Patient den Traum erzählt hatte, meinte er: „Nun *soll* ich Ihnen diesen Traum also *erklären*“, um mich dann anschließend zu fragen, ob die Bedeutung von Träumen denn wirklich „wissenschaftlich erwiesen“ sei.

Die skeptisch angriffige Gefühlslage des Patienten war deutlich spürbar, ich sah aber keinen Anlaß, sie schon so früh ins Gespräch zu bringen, sondern schlug nur vor, daß der Patient einmal den Versuch machen möge, mit den Einfällen zu bestimmten Traumeinzelheiten zu beginnen. Eine „Erklärung“ des Traumes sei nicht erforderlich, ja nicht einmal möglich. Der Patient reagierte hierauf etwas unvermutet mit der Feststellung, daß er sich der Analyse „völlig unterwerfen“ würde, um dann fast verträumt zu sagen: „Es wird sicher weh tun“.

Ich merkte mir hier an, daß sich bei dem Patienten offensichtlich masochistische Tendenzen ankündigten, die sein Leben wahrscheinlich stark beeinträchtigten und die vermutlich auch in der Übertragung eine Rolle spielen würden. Ich nahm mir vor, bei dem Patienten keine unnötigen Ängste und Widerstandsreaktionen zu provozieren und auf weitere Signale zu achten, die den vermuteten starken Masochismus noch deutlicher belegen würden. Der Patient hatte bis zu diesem Zeitpunkt weder von seinen masochistischen Onaniephantasien berichtet, noch von seiner Unfähigkeit, in Gegenwart anderer Männer zu urinieren.

Der Patient brachte dann in der Behandlungsstunde Einfälle zu dem Traum und begann mit dem Postkastenschlitz, in den er den Brief (der eigentlich ein Ei ist) steckt. Dem Patienten fällt ein Postkasten an einer Straßenecke ein, in Berlin-Neukölln, dem Wohnviertel, in dem er groß geworden ist, und er erinnert sich, daß er als Junge einmal in großer Hetze losrannte, um einen Brief einzustecken, den er schon am Tag zuvor von der Mutter erhalten, aber vergessen hatte. Von diesem Einfall aus kam eine weitere Einfallskette, die die Beziehung des Patienten zu seiner Mutter betraf: Vor allem die viel zu enge Bindung an die Mutter und die ständige Kinderangst, die Mutter, die große Erwartungen in den Patienten setzte, zu enttäuschen. Dann seine allgemeine Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit und schließlich eine *frühe Kindheitserinnerung*: Der Patient wird als kleiner Junge von etwa zwei Jahren von der Mutter in einem Geschäft beim Einkauf auf dem Arm gehalten. Eine Nachbarin kommt dazu, um das besonders niedliche Kind zu bewundern. Der Patient schreit angstvoll auf und versteckt sich in den Armen der Mutter. In der Stunde sagte er zu dieser Erinnerung: „Das ist symbolisch für mein ganzes Leben“.

Ich hatte den Eindruck, daß der Patient von dieser ersten Behandlungsstunde doch sehr bewegt und beeindruckt war, daß aber gerade deswegen Ängste und Vorbehalte in ihm auftauchten. So wunderte es mich nicht, daß er in der zweiten Stunde, die zwei Tage später lag, ohne Traum kam und das in leicht gereizter Verteidigungsstimmung ankündigte: „Ich kann Ihnen nicht helfen, ich habe keinen

Traum“. Ich wartete eine Weile ab, um dem Patienten dann vorzuschlagen, daß er einfach erzählte, was er erzählen möchte, oder daß er vielleicht – falls er das wünschen sollte – noch einmal auf den ersten Traum zurückkommt. Der Patient wollte es mit diesem Traum versuchen: über das Thema „Brief einstecken“ ergab sich zunächst ein Bericht über die bedrückende Berufssituation als Briefträger. Anschließend kamen sehr rasch wieder Erinnerungen an alte Kindheitserlebnisse auf, die in dieser Stunde vor allem den ständigen Streit zwischen den Eltern betrafen und den vermeintlichen Haß des Vaters auf den talentierten Sohn, dem von der Mutter eine akademische Laufbahn bereitet werden sollte.

Gerade bei diesen Berichten des Patienten fiel sein Bemühen um eine *rationale Beurteilung* von Konfliktsituationen auf und vor allem seine Versuche, die innere Erregung über solche Konflikte durch Verständnis, Beurteilen und Bewerten wieder zum Abklingen zu bringen. Der Patient rang darum, sowohl die Mutter richtig zu verstehen, wie auch den Vater, und er gebrauchte häufiger die Formulierung: „Man muß sie (ihn) ja auch verstehen“. Intellektuelles Agieren durch Übertreiben und Dramatisieren oder Verschieben der Akzente traten nicht auf. Gerade diese innere Haltung des Patienten war (obgleich sie natürlich ihre neurotischen Elemente enthielt und phasenweise in den Dienst eines Widerstandes trat) für die Entwicklung der Therapie sehr hilfreich. Dies vor allem später, als sich bei dem Patienten allmählich die Erwartung aufgelöst hatte, daß er in der Analyse nur Befehle auszuführen, Aufträge zu erfüllen und Aufgaben zu leisten habe.

Ich wertete es als den Ausdruck einer einigermaßen tragfähigen Vertrauensbeziehung des Patienten zu mir, daß er in der *fünften Behandlungsstunde* über die sehr quälende Symptomatik berichtete, die er bei der Anamnese (bei einem männlichen Therapeuten) noch nicht erzählen konnte. Nämlich, daß er unfähig sei, in Gegenwart anderer Männer zu urinieren. In der *zehnten Behandlungsstunde* fand er es dann möglich, im Zusammenhang mit einem masochistischen Traum auch über seine Onaniephantasien zu berichten, die, wie oben geschildert, den Inhalt hatten, daß er von einer herrischen, grausamen Frau, mit der er zusammen lebte, nach vielen anderen Demütigungen dazu gezwungen wurde, den Cunnilingus auszuüben. Als der Patient den Weg gefunden hatte, mir vollständig über seine quälende und bedrängende Symptomatik zu berichten, trat für ihn ein erster Entlastungseffekt ein und das „therapeutische Bündnis“ erhielt eine zuverlässige Basis. Ich hatte von dieser Zeit an den Eindruck, daß bei dem Patienten die anfängliche masochistische Unterwerfung unter die analytischen Regeln einer aktiven Bereitschaft wichen, selbständig in der Behandlung mitzumachen.

Der Patient hatte sehr viele Tierträume und fand einen gewissen Spaß daran, Menschen und ihre Eigenschaften durch Tiervergleiche zu charakterisieren. In der 30. Behandlungsstunde träumte er:

„Ein kranker, wilder Schwan liegt an einem mit Schilf bestandenen See und macht mit dem Kopf und Hals eigentümlich drehende Bewegungen. Der rechte Flügel des Schwans ist verletzt, und es kriechen schon Maden darin herum.“

Der Patient identifizierte sich selbst mit dem kranken Schwan. Er hatte eine Reihe von Einfällen über die innere Wildheit, die in ihm lebte, seinen narzißtischen „Schwanenstolz“, den seine Mutter, deren Liebling er war, in ihn hineingelegt hatte. Und schließlich gab es eine Einfallskette zu dem Thema: „Maden im Speck“, die seine Ängste zum Vorschein brachte, von Frauen und Kindern kastrierend aufgefressen zu werden.

Wie bei fast allen psychoanalytischen Behandlungen kristallisierten sich auch bei diesem Patienten in den ersten 70 Behandlungsstunden jene charakteristischen inneren Einstellungen heraus, die er im Verlauf seiner Kindheitsentwicklung erworben hatte: Er empfand sich (in Identifikation mit der Meinung des Vaters) als der „angekränkelte Intellektuelle“, der sich im Lebenskampf nicht behaupten könnte, der sich nie unter Menschen wagen würde, und der in jedem Fall zum Scheitern verurteilt sei. Das bewußte Erleben des Patienten war außerdem von der Vorstellung beherrscht, daß Frauen höhere Wesen seien, denen man zu dienen hatte, und daß es ihm niemals gelingen würde, ein solches Wesen zu befriedigen.

Von diesen festgelegten inneren Stereotypen aus ergaben sich bei dem Patienten dann aber auch die wichtigsten Wandlungsprozesse: Er erlebte allmählich, daß seine Ängste und seine Menschenscheu (insbesondere auch seine Unfähigkeit, die angestrebten Studienpläne zu verwirklichen) sehr verschiedene Quellen hatten: Einmal lauerte in ihm die Angst, daß ihn die verfolgende väterliche Strafe treffen würde, wenn er sich an ihm vorbei entwickelte. Es wurde dem Patienten aber außerdem deutlich, daß die tieferen Ängste eigentlich aus der Vorstellung stammten, daß er bei einem erfolgreichen beruflichen Entwicklungsgang auf ewig dazu verdammt sein würde, den Frauen zu dienen und ihre unersättlichen Wünsche zu erfüllen. In dieser Zeit dämmerte in dem Patienten die Erkenntnis auf, daß er sich

sehr viel mehr mit dem Vater identifiziert hatte, als er früher jemals bewußt registrieren konnte: Der Vater hatte immerhin die Familie verlassen und war mehrere Jahre zur See gefahren. Der Patient fand heraus, daß seine eigene Briefträger-Tätigkeit (ähnlich wie seine Mitgliedschaft im Fernschachbund) nicht nur die Folge eines ängstlichen Rückzugs vom Menschen waren: Der Patient erzählte, daß er die Wanderungen als Briefträger in gewisser Weise doch genoß, und daß er das Klingeln an fremden Haustüren, das Abgeben von Briefen mit dem Anknüpfen von flüchtigen Kontakten als angenehm empfand. Ähnlich angenehm waren dem Patienten seine Kontakte mit den Spielpartnern im Fernschachbund, die er häufig persönlich gar nicht kannte, und mit denen er über lange Strecken hinweg im Briefkontakt stand. Ein Briefkontakt, der ihm in sehr verdünnter Form die Möglichkeit zu einem Kampfspiel vermittelte und der zugleich Gelegenheit bot, ausgedehnte Phantasien über diese fernen Partner auszuspinnen. Für den Patienten wurde deutlich, daß er als kleiner Junge die Flucht des Vaters vor der grämlichen Mutter in mancher Hinsicht verstanden, ja bewundert hatte, und daß diese geheime Bewunderung nur von dem übernommenen Vaterbild verdeckt worden war: „Der brutale Prolet, der uns im Stich gelassen hat“. Für den Patienten wurde vor allem im Zusammenhang mit seinem Schwanentraum die innere Verbindung lebendig, die zwischen seinen eigenen schweifenden Phantasien und dem seefahrenden Leben des Vaters bestand.

Heute würden wir die Haltung des Patienten mit BALINT als „philobatisch“ bezeichnen, ein Begriff, der allerdings in der Zeit, in der ich diesen Patienten behandelt habe, noch nicht geschaffen war.

Im *Mittelabschnitt* der Behandlung lagen bei dem Patienten dann die sehr expansiven Phantasien im Widerstreit mit den heftigen, erworbenen, bewußten und unbewußten Ängsten: Der Patient, der unter seinen Pollutionen ebenso stark litt, wie unter den masochistischen Onaniephantasien, brachte in der Analyse immer wieder den Plan ins Gespräch, daß er sich selbst kastrieren lassen wolle, damit er nicht mehr von den andrängenden sexuellen Impulsen belästigt würde. Diese Pläne des Patienten waren in ihrer inneren Motivation sicherlich überdeterminiert: Einmal setzten sich die alten Kastrationsängste durch, die der Patient am Vater erworben hatte. Gleichzeitig aber auch die unbewußte (in Selbstbeschädigung ausmündende) Feindseligkeit der Mutter gegenüber, deren erdrückende Forderungen auf eine großartige Entwicklung von dem Patienten mit wenigstens ebenso viel Haß beantwortet worden waren, wie die Angriffe des Vaters. Es war aber offenkundig, daß die Tendenz des Patienten, ausgehend über diese Kastrationspläne zu sprechen, auch als Widerstandsphänomene verstanden werden mußten, weil er sich mit der Kastrationsabsicht immerhin die doch auch sehr gefürchtete expansive, sexuelle und aggressive Entwicklung ersparen konnte.

Etwa in der 80. Behandlungsstunde kamen dann bei dem Patienten neben den masochistischen Onaniephantasien schließlich auch die korrespondierenden anal-sadistischen Tendenzen ins Spiel und äußerten sich in einem entsprechenden *Übertragungstraum*:

„Ich bin der Anführer eines Panzergeschwaders, weiß aber nicht, ob es amerikanische oder russische Panzer sind. Alle Panzer haben in ihren Panzerketten Kohlen oder Briketts. Neben meinem Panzergeschwader wird eine Schweineherde vorbeigetrieben, die für die Verpflegung der Soldaten bestimmt sind. Die *Schweine* haben alle Gesichter von *Frauen*. Das anführende Schwein trägt eine Brille. Ich denke, daß sie *jetzt* alle *abgestochen* werden. Dann kommt ein amerikanischer Soldat, nimmt eines der Schweine, und sticht es in den Speck. Das Anführerschwein mit der Brille blickt nur interessiert und unbeteiligt. Dann sticht der amerikanische Soldat auch das Anführerschwein in den Speck. Es äußert keinen Schmerz, nur sein Kopf färbt sich ganz rot, dann fällt das Schwein um und ist tot.“

Der Patient hatte nach diesem Traum in der Behandlungsstunde einen tiefen emotionalen Block. Er schwieg minutenlang und sagte auf eine einhelfende Frage nur, daß er nicht weiter wüßte, daß nichts in ihm vorgehe, daß er sich aber sehr unruhig und erregt fühlte. Ich riskierte es, den Patienten mit einem entsprechenden Vorschlag direkt an die Übertragungsthematik heranzuführen und meinte auf seine Angaben von innerer Erregung, Beunruhigung und Leere: „Vielleicht kommen Sie weiter, wenn Sie an das Anführerschwein mit der Brille denken“. Der Patient konnte diese sehr direkte Anregung leidlich angstfrei aufnehmen und kam mit seinen Einfällen zu dem Thema „Anführerschwein“ auch zu den entsprechenden Übertragungsphantasien, in denen sich jetzt allmählich die Wendung von der Unterwerfung unter die herrische Frau (die sexuell durch den Cunnilingus befriedigt werden mußte) zur aggressiv-sadistischen Haltung vollzog (Frauen als abzusteckende Schweine, für die Verpflegung der Männer bestimmt).

In diesem Behandlungsabschnitt lief eine kurze Phase ab, in der die anal-sadistischen Übertragungsphantasien eine große Rolle spielten (die Therapeutin als reiches Schwein, abgeschlachtetes Schwein; später Bemängelung meiner therapeutischen Technik) und dann – in Verbindung mit der

Traumphantasie als Anführer eines Panzergeschwaders, dessen Panzerketten Kohlen beherbergen – die eigenen Anführer- und Besitzwünsche (Einfälle zu Kohlen: Geld, Kohlen auf den Tisch legen usw.). Im Anschluß an diese Phase der Behandlung gab der Patient schließlich auch seine *Absicherungstendenzen* auf, die auf das Verstehen, Beurteilen und Bewerten von Konfliktsituationen ausgerichtet waren. Es kamen jetzt Phasen *tieferer Regression*. Der Patient blieb dann still oder griff nur nachdenklich einige frühere Themen auf, schien beruhigt in dem Bewußtsein, daß ich ihn verstand und schilderte gelegentlich eigenartige Zustände von „Schweben in einer Wolke“, „Getragensein in einem abwärts fließenden, aber nicht reißenden Strom“ und erlebte in oder kurz nach diesen Stunden ein rauschhaftes Befreiungsgefühl, das ihn noch längere Zeit nach der Behandlungsstunde nicht verließ.

Diese Form der Regression meldete sich auf unterschiedliche Weise: Es gab Zeiten, in denen der Patient ein bis zwei Wochen hintereinander fast in jeder Stunde in diesen inneren Zustand hineinglitt. Es gab andere Stunden, die nur kurzfristig von diesem Erleben erfüllt waren und in denen sich noch innerhalb der einzelnen Behandlungsstunde das affektive Klima stark änderte. Der Patient wechselte dann von der stillen, fast rauschhaften inneren Versenkung wieder über in eine realere Kommunikation mit mir und fühlte sich imstande, die vorliegenden Konflikte zu verbalisieren. Gerade in solchen Stunden tauchten dann die alten Inzestphantasien der Schwester gegenüber auf und die zugehörigen starken Ängste, die der Patient hier erlebt hatte, weil er in der Beziehung zur Schwester nun nicht nur den Angriff (die Kastration) durch den Vater, sondern auch die Eifersucht, den Neid und die Feindseligkeit der Mutter fürchten mußte.

Als die alten Inzestwünsche der Schwester gegenüber nacherlebt und durchgearbeitet worden waren, fielen bei dem Patienten zu seiner eigenen großen Überraschung die Ängste weg, in Gegenwart anderer Männer zu urinieren, und die masochistischen Onaniephantasien verblaßten.

An *äußeren Veränderungen* und *inneren Entwicklungsschritten* hatte sich für den Patienten bis zu diesem Abschnitt der Behandlung folgendes ergeben: Er hatte die alten Pläne zum Studium wieder ins Auge gefaßt und nahm sich zunächst vor, Lehrer zu werden, weil er sich in seinem bewußten Erleben vor Kindern am wenigsten fürchtete. Der Patient phantasierte anfänglich einen Lebensweg, der gänzlich auf berufliche Interessen ausgerichtet war und blieb auch bei der oben geschilderten Vorstellung, daß die Kastration für ihn die beste Lösung wäre, um unbehelligt von sexuellen Impulsen und verpflichtenden Bindungen an Frauen sein Leben gestalten zu können. Schließlich verwarf der Patient den Plan, Lehrer zu werden, als neurotisch und entschloß sich zu einem Chemiestudium. Er beantragte und erhielt ein Stipendium und verlor in dieser Zeit seine Ängste, in wissenschaftliche Gebäude hineinzugehen. In der Anfangszeit seines Studiums zog der Patient zu einer zehn Jahre älteren Frau, mit der er eine sexuelle Verbindung aufnahm, verliebte sich aber gleichzeitig in eine drei Jahre jüngere kaufmännische Angestellte. In dieser äußeren „Wiederholungssituation“, die der Patient sich arrangiert hatte, konnte viel von den vergangenen Kindheitserlebnissen in der Auseinandersetzung mit Mutter und Schwester durchgearbeitet werden, bis der Patient sich schließlich einer dritten Frau zuwandte, die er dann später auch geheiratet hat.

Nach der ersten gelungenen sexuellen Beziehung war bei dem Patienten von der geplanten Kastration keine Rede mehr. Seine Übertragungsbeziehung, die von der anfänglichen masochistischen Unterwerfung zu aggressiv-sadistischen Haltungen übergewechselt war, um dann eine Phase der averbalen Zweierbeziehung zu durchlaufen, löste sich schließlich in eine Haltung freundschaftlicher Dankbarkeit auf.

In der auslaufenden Phase der Behandlung kam der Patient dann nur noch in sehr großen Abständen, um über seine weitere Entwicklung und seinen Lebensweg zu berichten. Als er sein Studium beendete und heiratete, war die Therapie bereits längere Zeit abgeschlossen. Wie schon erwähnt, siedelte der Patient nach Westdeutschland über und kam bei gelegentlichen Besuchen in Berlin zu einem Gespräch, in dem er das eine oder andere Problem unter analytischen Gesichtspunkten durchsprechen wollte.

Beispiel 3.1: Die Zweckmäßigkeit eines Irrtums

Das Fallbeispiel einer Patientin (u. a. mit Bulimie, Magersucht, Alkohol- und Tablettenabusus) verdeutlicht:

- Entstehung und Zweck der „privaten Logik“ zum Schutz des Selbstwertes,
- die Übertragung des Rivalitätskonflikts mit der „vitaleren“ Schwester auf eine andere Schwester zur Verdrängung tieferer Neid- und Angstgefühle,
- die Erarbeitung der Leitlinie in einem Deutungsprozess.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Abschnitte:

- 3.2 Minderwertigkeit und Geltungsstreben
- 3.3 Lebensstil, Leitlinien und Lebensplan
- 3.5 Das Arrangement der neurotischen Symptome

Quelle

Schmidt, R. (1995). Kausalität, Finalität und Freiheit.
München: Ernst-Reinhardt Verlag (S. 149–152).
Mit freundlicher Genehmigung.

Meine Patientin hielt über lange Zeit an einem zweckmäßigen Irrtum als einer Wahrheit beharrlich fest. Sie behauptete stets, mit ihrer um ein Jahr jüngeren Schwester in einer besonders nahen und innigen, von Neid- und Haßgefühlen freien Beziehung zu stehen.

Dieser Irrtum erwies sich insofern als zweckmäßig, als er sie über lange Zeit hinderte, sich emotional dem Schmerz über eine sehr früh gestörte Mutter-Kind-Beziehung zu stellen. Es handelte sich hier um einen durchaus sinnvollen Widerstand, den sie solange aufrechterhielt – aus unbewußter Motivation natürlich – solange ihr Selbstgefühl noch stark genug war, die ganze Wucht der Auseinandersetzung mit der Realität zu ertragen. Tatsächlich war diese Schwester für sie von frühester Kindheit an sowohl eine Konkurrentin, die sie in ihrer Identitätsentwicklung behinderte, als auch eine Art Hilfsich, an die sie sich anlehnte und von dessen Stärke sie partizipierte. Erst sehr viel später fiel ihr selber auf, daß sie mit dieser Schwester zwar stets sehr nahe verbunden war – beispielhaft hierfür ist die gemeinsame Verschiebung in ein Heim bei der Geburt der um sieben Jahre jüngeren Schwester – daß aber kaum jemals ein sehr enger emotionaler Austausch zwischen ihnen stattgefunden hatte.

Die Probleme einer tiefen, sie mit Haß erfüllenden Geschwisterrivalität projizierte sie auf die um sieben Jahre jüngere Schwester, die als ein besonders charmantes Kind gegolten hatte, die aber tatsächlich nur eine kurze Zeit eine gewisse Starrolle in der Familie gespielt hatte, bis sie wiederum durch den jüngeren Sohn aus dieser Rolle verdrängt wurde.

Was war nun der Grund dieser Ausblendung und Projektion, oder anders ausgedrückt: Was war der Grund für dieses Festhalten einer „tendenziösen Wahrnehmung“? Dieser kleinen Schwester gegenüber hatte sie die klare Rolle der Ältesten, die sie in der Kindheit durchaus mit Machtbestrebungen und subjektiv stark empfundener Verantwortung ausbaute. Dies gab ihr dieser Schwester gegenüber eine gewisse Souveränität, die es ihr gestattete, gewissermaßen huldvoll und aus einer überlegenen Position herabsteigend, ihre Neidgefühle einzugestehen und nach einer neuen Verständigung zu suchen.

Bei dieser Schwester – bei deren Geburt ja, wie wir hörten, die beiden älteren Schwestern in ein Heim geschickt wurden – waren die Kränkungen, die ihr durch und anlässlich ihrer Geburt angetan wurden, durchaus bewußt. Sie konnte hier die Aggression über diese Kränkung am ehesten zulassen, weil dieser Konflikt genügend weit entfernt war vom ursprünglicheren Konflikt, so daß sie ihn teilweise ausleben konnte, ohne an jene frühen und sie gefährdenden Haßimpulse gegen die nur ein Jahr jüngere Schwester zu rühren, die zugleich und vor allem Haßimpulse gegen die Mutter waren.

Alle diese psychodynamischen Zusammenhänge waren schon früh in der Analyse durchschaubar, sie wurden aber von der Patientin emotional stark abgewehrt. Der Therapeut unterließ es, ihr die Einsicht in diese Zusammenhänge kognitiv zu entschlüsseln oder sie ihr gar aufzudrängen. Er respektierte ihren Widerstand, überließ bei der Wahl der zu besprechenden Themen der Patientin die Führung und lenkte den Prozeß, indem er sie immer wieder ermutigte, möglichst nahe an die Erlebnisinhalte und die dabei wahrgenommenen Impulse und Gefühle heranzugehen.

Die Deutungsarbeit bestand zu diesem Zeitpunkt also mehr in einem sehr intensiven Hinterfragen der Erlebnisinhalte und Gefühle bei all dem, was die Patientin von sich berichtete. Immer wieder stießen wir dabei auf die Ambivalenz von Haßimpulsen und Nähewünschen und auf die Tendenz der Sicherung durch Einnehmen einer mächtigen Position. Und immer wieder ermutigte ich die Patientin, in die geschilderten Szenen hineinzugehen und zuzulassen, zu welchen Erinnerungen sie die Gefühlsinhalte ihres Erlebens führten. Sie erfuhr dabei an sich selber die Zusammenhangsstruktur zwischen heutigem Erleben und Kindheitserinnerungen. Die Gespräche kreisten von dieser Zeit an – nachdem über viele Stunden die Beziehung zum Mann, zu Männern, die zum Vater, oft auch zum männlichen Therapeuten im Vordergrund gestanden hatten – mehr und mehr um die Mutter. Die Patientin litt sehr unter der Mutter, die sie als gefühlkalt und im Grunde ablehnend, gleichzeitig aber als fordernd und gefangenehmend erlebte. Sie fühlte sich ihr gegenüber wie gelähmt, unfähig sie zu berühren, unfähig auch sich ihr gegenüber aggressiv abzugrenzen. Wenn sie von ihr sprach, nahm ihre Stimme regelmäßig einen weinerlichen, kindlichen Klang an. Ich spiegelte ihr oft zurück, daß ich in ihr ein ganz kleines, verzweifelt Kind weinen höre. Sie antwortete: „Ja, ich fühle mich ganz, ganz klein, so wie ein Säugling.“

Zu diesem Zeitpunkt der Analyse war das einführende Verstehen und die Rückspiegelung des Verstandenen an die Patientin die eigentliche Deutungsarbeit. ...

Eines Tages regte ich an, sie solle in ihrer Phantasie auf die Mutter zugehen und sie berühren. Sie zögerte und sagte: „Das kann ich nicht.“ Ich versuchte sie zu ermutigen, indem ich meinte: „Versuchen Sie es doch. Wir können sehen, was passiert. Sie sind hier ja beschützt.“ Sie meditierte dann die Phantasie, sie ginge auf die Mutter zu, um sie zu berühren. Plötzlich brach sie in heftiges Weinen aus: „Es geht nicht“, rief sie verzweifelt, „es geht nicht, sie gleitet mir einfach weg.“ Sie ahmte später die Bewegung nach, mit der die Mutter ihr weggleitet. Es war nur ein leichtes Sinkenlassen der Schulter, ein leichtes Vorbeugen des Oberkörpers, mit welcher die Mutter der Berührung auswich. Er war scheinbar unmerklich. „So war es immer“, sagte die Patientin, „so war es immer. Man kann sie nicht berühren.“ Nachdenklich fügte sie hinzu: „Sie ist stark und ich kann sie nicht berühren. Vielleicht macht sie das für mich so stark, daß sie nur immer entgleitet, und daß ich sie deswegen nicht berühren kann.“ Später sagte sie – ziemlich erschrocken – „Und ich mache das auch. Ich habe es bei ihr gelernt. Ich bemerke, daß ich es bei meinem Mann mache. Das muß ihn sehr kränken.“

Nach dieser Therapiestunde passierte dreierlei. Erstens: Die Beziehung zur Mutter besserte sich etwas. Die Tochter konnte sich der Mutter unbefangener nähern, wenn sie selber die Initiative bestimmte, wenn sie z. B. die Mutter bei sich einlud. Plötzliche Besuche und Telefongespräche blieben aber problematisch.

Zweitens: Die Patientin erlebte eine deutliche Öffnung ihrer Beziehung zu ihrem Mann und zu anderen Menschen.

Drittens: Die Patientin hatte einen leichten Schub ihrer Colitis ulcerosa mit sie behindernden blutigen Durchfällen wie zu Beginn ihrer Krankheit. Sie setzte den neuen Erkenntnissen also auch Widerstand entgegen und artikulierte diesen Widerstand – entsprechend der frühen Störung – über eine Somatisierung.

In dieser Zeit tauchte eine Kindheitserinnerung auf als früheste Erinnerung an die Mutter. Sie spielte eine Zeitlang die Rolle eines Sinnbildes für das Gefühl des Getrenntseins von der Mutter. Die Kindheitserinnerung lautet folgendermaßen:

„Ich bin noch sehr klein, vielleicht drei Jahre alt. Wir, d. h. meine Mutter, ich und meine um ein Jahr jüngere Schwester sitzen im Flugzeug von Berlin nach Köln – die Eltern siedelten zu dieser Zeit aus der DDR in den Westen über, der Vater war schon vorgefahren, nun folgte die Familie. Ich erinnere mich daran, daß das Flugzeug sehr eng war. Auf jeder Seite des Ganges waren zwei Sitze. Die Mutter und die kleine Schwester saßen auf der einen Seite, zwischen uns war der Gang. Ich saß neben einem Herrn, den ich nicht mochte, ich hatte schreckliche Angst und fühlte mich sehr alleine.“

Befragt, welche Gefühlsimpulse sie zur Mutter und zur Schwester hin fühlte, fand sie nichts. Sie spürte nur die Angst, mit der sie ganz alleine war. Statt dessen fiel ihr ein, daß sie später auf die sieben Jahre jüngere Schwester starke Wut gehabt habe. Die sei ein verwöhntes Balg gewesen und habe ihr die Mutter weggenommen. Sie habe das dadurch kompensiert, daß sie als ältere Schwester die Rolle der strengen Mutter ihr gegenüber eingenommen habe. Wir kamen in den folgenden Stunden immer wieder auf die Kindheitserinnerung zurück. Sie erlebte in dieser Zeit sehr starke Wut auf die Mutter. Ihr fiel mehr und mehr auf, daß sie die Beziehung zu ihrer um ein Jahr jüngeren Schwester zwar idealisiert habe, daß aber ihr tatsächliches Verhältnis eher distanziert und ablehnend sei. „Ich habe eigentlich

Angst vor ihr gehabt. Sie war so vital und stark, das ist sie bis heute. Ich war immer ganz zart und mußte eine Extraernährung haben, weil ich so zerbrechlich war.“

Eines Tages kam sie sehr schockiert in die Therapiestunde. Anlässlich eines Besuches einer Tante aus der DDR hatte sie die Mutter nach Kindheitserinnerungen gefragt. Diese hatte sie ganz anders in Erinnerung. Ihre jüngere Schwester habe, übrigens sehr vergnügt, bei dem Mann auf der anderen Seite des Ganges gesessen und alles offenbar sehr spannend gefunden. Sie – die Patientin selbst – habe den ganzen Flug über vor Angst geweint und sich fest an die Mutter geklammert.

[...]

Der Patientin wurde jetzt vom Gefühl her sehr deutlich, wie stark sie sich in der Identität durch die Vitalität der jüngeren Schwester bedroht gefühlt hatte. Deutlicher wurden ihr jetzt auch die abgewehrten Symbiosewünsche der Mutter. Sie begann tiefer zu begreifen, wie stark alle emotional wichtigen Beziehungen – auch die zum Therapeuten selbst – geprägt waren von der Ambivalenz zwischen Symbiosewunsch und Abwehr. Nun erst war sie offen für das Begreifen der Finalität ihrer Lebensdynamik als sichernde Kompensation ihres Gefühls des Ausgeliefertseins an die Kränkung des abgewiesenen Wunsches nach Verschmelzung mit der Mutter. Sie formulierte es nun häufiger selbst – und illustrierte dies durch Erinnerungen und Träume – wie sehr die Leitlinie ihres Lebens darauf ausgerichtet war, sich gegen dieses unerträgliche Gefühl des Ausgeliefertseins zu sichern. Von nun an begann bei der Patientin eine Phase der zunehmenden Öffnung und Reifung und einer wachsenden Bereitschaft, die komplexen dialektischen Zusammenhänge ihres Lebensstils wirklich zu erkennen.

Beispiel 3.2: „Dem Führer folgen“

Das Originalbeispiel von Adler, das die beginnende delinquente Entwicklung eines zwölfjährigen Jungen behandelt, verdeutlicht:

- das durch Geschwisterrivalität mitbedingte fehlgeleitete Geltungsstreben, die daraus entstehende Ablehnung jeglicher Eigenverantwortung und Anfälligkeit für Führerfiguren,
- die zentrale Rolle des Gemeinschaftsgefühls und der Ermutigung in der individualpsychologischen Therapie.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Abschnitte:

- 3.2 Minderwertigkeit und Geltungsstreben

Quelle

Adler, A. (1979 [Erstausgabe 1930]). Das Leben gestalten. Vom Umgang mit Sorgenkindern. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag (S. 108–117).
Mit freundlicher Genehmigung.

Fallgeschichte

Heute liegt uns die Fallgeschichte Michaels zur Begutachtung vor. Er ist zwölf Jahre acht Monate alt und wurde bei mehreren Räubereien ertappt. Er ist Mitglied einer oberflächlich organisierten Bande, die von einem vierzehnjährigen Jungen angeführt wird, der die jüngeren zum Stehlen anleitet.

Unsere erste Vermutung ist, daß Michael mit den Bedingungen, die ihm seine Umgebung zu bieten hat, ernstlich unzufrieden ist. Wenn der Bandenführer ihn veranlassen kann zu stehlen, muß er für den Jungen wichtiger sein als Schule oder Elternhaus.

Die Notizen lauten:

„Er hatte schon seit einiger Zeit gestohlen, als ‚Baldy‘, so heißt der Anführer, in ein Heim eingewiesen wurde. Das war vor etwa zwei Jahren. Jetzt ist Baldy zurück und lebt in der Nähe, und die Jungen wurden mehrfach bei Diebstählen ertappt.“

Ein wichtiger Umstand ist, daß Michael nicht allein stiehlt. Er wird von der Bande gebraucht und mißbraucht. Vielleicht schmeichelt der Anführer Michael, oder vielleicht ist Michael eines jener schwachsinnigen oder fast schwachsinnigen Kinder, die dem einmal von ihnen anerkannten Häuptling blindlings gehorchen. Jeder, der Kriminalfälle studiert, weiß, daß derartige Typen in jeder Bande zu finden sind. Sie sind die Werkzeuge, die die eigentliche Arbeit tun. Wahrscheinlich ist dieses Kind nicht schwachsinnig, aber es ist sehr von anderen abhängig. Es will sich unterordnen und erlangt ein unnatürliches Machtgefühl, wenn es die Befehle eines Führers blindlings befolgt.

„Michael kam vor das Jugendgericht und hat nun Bewährungsfrist.“

Es ist hier nicht unsere Aufgabe, zu entscheiden, ob Bewährungsfrist für Kinder eine gute Sache ist oder nicht. Vom Jugendgericht Bewährungsfrist bekommen zu haben, ist für ein erst zwölfjähriges Kind jedenfalls eine schwere Belastung, die sein Gefühl der Erniedrigung und Demütigung noch vertieft.

„Vater und Mutter wurden in der Ukraine geboren, die Mutter spricht sehr schlecht Englisch. Der Vater spricht ziemlich gut Englisch. Sie leben seit etwa drei Jahren in New York. Der Vater arbeitet von acht bis siebzehn Uhr in einer Fabrik, die Mutter ist von siebzehn bis einundzwanzig Uhr als Putzfrau tätig. Beide Eltern haben die amerikanische Staatsangehörigkeit, die Kinder sind alle in Amerika geboren.“

Die schlechten englischen Sprachkenntnisse der Mutter sind ein zusätzliches Hindernis. Solche kleinen Dinge können die soziale Entwicklung des Kindes leicht beeinträchtigen. Außerdem, wenn die Kinder zu Hause sind, sind so gut wie niemals beide Eltern zusammen da.

„Es sind drei Kinder da, Leon, vierzehneinhalb Jahre, Michael, zwölf Jahre und acht Monate, und Mary, sechs Jahre. Sie wohnen in einer altmodischen Vierzimmerwohnung. Es gibt keine Fahrstühle, kein Bad, und die Toilette ist im Treppenhaus. Zwei Schlafzimmer; Michael und Leon schlafen zusammen. Die Familie ist katholisch.“

Wahrscheinlich hat Michaels älterer Bruder Führereigenschaften entwickelt, und Michael hat sich ihm untergeordnet, um sich als sein Kamerad und Partner ebenbürtig zu fühlen. Dadurch, daß er sich füh-

ren läßt, erringt er die Aufmerksamkeit und Wertschätzung des Bruders. Dieser ist zwei Jahre älter, die Schwester sechs Jahre jünger, so beeinflusste der ältere Bruder sein Lebensmuster wahrscheinlich mehr als die jüngere Schwester. Die Beschreibung der Wohnung zeigt, daß die Familie ziemlich arm ist, ihre wirtschaftliche Lage ist sicher schlecht.

„Michael hatte eine normale Geburt und Entwicklung. Er lief mit einem Jahr und sprach bald danach. Wie es scheint, ist er zu jedermann einschließlich der eigenen Familie herzlich und freundlich. In der Schule ist er beliebt und kommt gut mit den anderen Kindern aus.“

Die Fallgeschichte bestätigt unsere Vermutungen über die Psychologie dieses Kindes. Michael ist freundlich und unterwürfig, daher ist es unwahrscheinlich, daß er bei irgendeinem Vergehen der Anführer ist.

„Michael sagt, er hätte manche Lehrer gehabt, die er nicht mochte, aber den jetzigen Lehrer hat er gern.“

Offenbar will er freundlich behandelt werden, und sein Benehmen ist eine Art Vertrag mit der Autorität: ‚Sei gut zu mir, und ich bin gut zu dir!‘ Aber gerade weil er so demütig ist, kann er leicht zum Verbrechen verführt werden. Es wäre nicht schwieriger, ihn zu guten Dingen zu verführen, aber auch das wäre nicht genug. Er muß lernen, unabhängig und selbständig zu werden. Es reicht nicht aus, ihn nur zu ermahnen und an ihn hinzupredigen. Er muß Gefühl für seine eigene Verantwortlichkeit bekommen.

„Er spielt viel auf der Straße. Er spielt Fangen und Ballspiele und würfelt; er ist allgemein beliebt und läßt sich von älteren Jungen leicht führen.“

Immer wieder werden unsere Annahmen durch die Fallgeschichte bestätigt. Michael wird alles tun, um geliebt und geachtet zu werden.

„Michael sagt, er kenne ein Mädchen, mit dem er manchmal ins Kino geht und das er manchmal zu Hause besucht. Er und sein Bruder wechseln sich beim Schuheputzen ab. Sie haben eine Schuhputz-Ausrüstung und gehen damit nach der Schule und am Samstag herum.“

„Er und sein Bruder“. Wieder die Betonung der Tatsache, daß er einen Führer braucht. Das Ausgehen mit einem Mädchen ist offenbar eine Geste, durch die er ältere Jungen nachahmt.

„Michaels Mutter sagt: ‚Michael guter Junge. Immer fröhlich daheim. Spielt gern mit der kleinen Schwester, neckt sie manchmal. Weiß nicht, ob er immer mit Baldy geht. Baldy sehr böser Junge. Mike hatte nie Ärger, bis er Baldy traf. Er blieb zweimal von der Schule weg, einmal, als er nach Coney Island ging, einmal, als ich wollte, er soll mit mir ins Krankenhaus gehen. Ich nicht so gut sprechen. Mike geht jetzt immer mit bösen Jungen. Ich denke, wir ziehen um, Mike dann mit besseren Jungen gehen.‘

Die Mutter sagt, wenn sie um fünf Uhr nachmittags zur Arbeit geht, sieht der Vater nach Michael und läßt ihn nicht auf die Straße. Sie möchte, daß er jeden Nachmittag in den Kinderhort geht, damit er nicht auf der Straße ist. Michael verdient oft ein oder zwei Dollar, die er seiner Mutter nach Hause bringt, und sie gibt ihm einen Fünfer oder Zehner.“

Obwohl es für einen Jungen gut ist, wenn er mit seinem Verdienst zum Familienunterhalt beiträgt, ist es vielleicht in diesem Fall ein weiteres Zeichen von Selbsterniedrigung. Die Mutter hat ganz recht, wenn sie meint, man solle in eine andere Umgebung ziehen. Es ist für ein solches Kind besser, wenn es verpflanzt wird, anstatt es beständigen Versuchungen auszusetzen. Zwar läßt sich Michael vom Vater leiten, aber da der Vater nicht immer daheim ist, gerät er unter den Einfluß älterer Jungen. Die einzige wirkliche Kur ist, ihn unabhängiger zu machen.

„Der Vater sagt: ‚Mike ist nicht böse. Er nimmt zu Hause nie Geld, obwohl er es aus meiner Brieftasche nehmen könnte.‘ Leon nimmt gegenüber Michael die Ältere-Bruder-Haltung an. Er kämpft für ihn und mit ihm. Der ältere Bruder erzählt eifrig, wie er einen anderen Jungen in Verteidigung des jüngeren Bruders verprügelt hat. Er fühlt sich Michael sehr überlegen. Er ist in der Schule viel weiter und bekommt bessere Noten. Er stiehlt nicht und spielt auch nicht mit Würfeln.“

Immer wieder bestätigt die Fallgeschichte unsere bisherigen Mutmaßungen. Der ältere Bruder balgt mit Michael und unterdrückt ihn, um sein eigenes angeborenes Minderwertigkeitsgefühl zu überwinden, während Michael den Bruder als Helden verehrt.

„Michael sagt: ‚Mein Vater und meine Mutter mögen Leon am liebsten.‘ Leon stimmt eifrig zu und fügt an, daß ihn auch die kleine Schwester am liebsten habe. Michael liebt die Mutter und die kleine Schwester sehr und läßt sich nicht anmerken, daß er über die Mißbilligung seiner Familie betrübt ist, obwohl ich weiß, daß er so empfindet.“

Michael erträgt seine untergeordnete Stellung wahrscheinlich deshalb ohne Widerspruch, weil er gewisse Vorteile aus ihr zieht. Es ist wichtig zu wissen, ob dieses Kind sich wirklich so niedrig einschätzt. Um hierüber mehr zu erfahren, müssen wir den Schulbericht zu Rate ziehen.

„Michael wurde in einem New Yorker Industrieviertel geboren, und sowohl Mutter wie Vater arbeiteten ganztägig in der Fabrik. Die Kinder kamen um acht Uhr morgens in eine Krippe, wo sie abends um fünf oder sechs wieder abgeholt wurden. Dies dauerte drei Jahre. Dann kamen die Kinder in eine katholische Schule. Als Michael acht Jahre alt war, zog die Familie nach Michigan, kehrte aber im selben Jahr nach New York zurück. Dieser Wechsel kostete Michael ein Schuljahr. Obwohl er schon acht Jahre alt war, steckte man ihn in die erste Klasse. Er ist nun in der vierten, seine besten Leistungen erzielt er im Rechnen, die schlechtesten im Lesen und Rechtschreiben.“

Wahrscheinlich fühlte er sich auch durch diesen Verlust eines Schuljahres gedemütigt, der ihn in eine Klasse jüngerer Kinder versetzte. Vielleicht ist er linkshändig, weil sein Spitzname ‚Lefty‘ lautet.

„Der Lehrer sagt: ‚Ich mag Michael gern, und die Kinder mögen ihn auch. Er streitet nicht. Sein Intelligenzquotient ist 70; ein motorisch-mechanischer Test ergab, daß seine Handgeschicklichkeit gut ist und seinem Alter entspricht. Ein Emotionstest zeigte, daß er sich wegen der Diebereien und der Anklage vor dem Jugendgericht große Sorgen macht. Er scheint sich vor den älteren Jungen in seiner Bande zu fürchten.“

Der niedrige I.Q. würde manchen Beurteiler vermuten lassen, dieses Kind sei schwachsinnig, aber man muß festhalten, daß sein Lebensmuster von Entmutigung und Angst geprägt wurde. Ich bin sehr dafür, daß Michael in eine ihm günstigere Umwelt versetzt wird.

„Im vergangenen Sommer war Michael zwei Monate im Zeltlager. Er war sehr gut im Schwimmen, gut auch in den anderen Sportarten und in Musik. Er war auf Zusammenarbeit eingestellt und hilfsbereit. Der Lagerleiter bemerkte: ‚Mike war einer der Glanzpunkte der Saison. Er hat das heiterste Lächeln, das ich je gesehen habe, und es war immer da. Er ist der richtige Hans-im-Glück. Sowohl Spiel als auch Alltagsarbeit verrichtete er im Geiste einer gewissen Heiterkeit.“

Michael wäre durchaus bereit, sich selbst umzubringen, wenn jemand das von ihm als Gefälligkeit verlangte. Der Lagerleiter, der mit allerhand schwierigen Jungen zu tun hat, bewertet natürlich ein Kind hoch, das ein guter Sportler ist und dazu immer heiter. Der Junge lächelt so andauernd, weil er alle Verantwortung für seine Handlungen anderen Leuten zuschiebt. In einer günstigen Umgebung hätte er nie Schwierigkeiten gemacht.

„In den ersten Monaten des Jahres 1929 beging der Junge verschiedene kleinere Diebstähle, die am 30. März in einem ausgewachsenen Diebstahl mehrerer Brieftaschen gipfelten, deren Inhalt sich insgesamt auf 60 Dollar belief. Der Diebstahl wurde der Bande nachgewiesen, deren Führer Baldy, deren Gehirn ein anderer Junge und deren Werkzeug Michael war.“

Es ist völlig klar, daß Michael niemals der Anstifter oder Führer bei einer derartigen Sache sein würde.

„In Michaels Geständnis heißt es, daß er in die Eingangshalle des Gebäudes kam und den Fahrstuhlführer, der zugleich Hausmeister ist, dazu brachte, ihn zu verfolgen. Er sagte, der Fahrstuhlführer habe gedroht, ihm den Hals umzudrehen, wenn er ihn erwischte. Während er ihm nachlief, gingen die anderen Jungen die Treppen hoch, stahlen die Brieftaschen und Uhren und teilten das Geld.“

Von einem Fahrstuhlführer verfolgt zu werden, das ist nicht eben eine Heldenrolle.

„Michael sagte, daß er bei dem Diebstahl in Brooklyn nichts genommen habe. Seine Aufgabe sei gewesen, Schmiere zu stehen. Als er einen Polizisten kommen sah, rief er ‚Chicki‘ und die anderen Jungen liefen davon. Nebenbei bemerkt, nicht schnell genug, denn alle wurden gefaßt und vor Gericht gestellt.“

Wieder spielt er eine untergeordnete Rolle.

„Diese Bande spielt am Sonntag vor Michaels Haus Würfeln. Michael fürchtet Baldy: ‚Baldy beißt beim Raufen.“

Seine Unterwürfigkeit beruht in diesem Fall wahrscheinlich ausschließlich auf Furcht.

„Seine früheste Kindheitserinnerung ist: ‚Als wir in Little Falls wohnten, pflegten wir Wassermelonen zu stehlen.“

Es ist interessant, daß er nicht sagt: ‚Ich pflegte zu stehlen.‘ Michael handelt nie als einzelner. Ich bezweifle, ob er versteht, daß das Stehlen etwas Unrechtes ist. Er ist vom Bandengeist mehr oder weniger hypnotisiert, denn in der Bande kann er seine persönliche Identität und Verantwortung abgeben.

„Ich erinnere mich, als ich klein war, war da ein Rattenloch im Fußboden und ich warf immer brennende Zündhölzer hinein und ein Zündholz fiel auf das Bett und es fing Feuer. Mein Bruder rannte hinunter und holte meinen Vater.“

Diese Erinnerung zeigt, daß nach Michaels Überzeugung jeder Versuch seinerseits zu einer unabhängigen und selbständigen Handlung Mißlingen und Unheil zur Folge hat. Ebenso fest ist seine Überzeugung, daß immer jemand da sein wird, der ihm hilft. Es handelt sich hier um ein Kind, das sein anfängliches Minderwertigkeitsgefühl niemals überwunden hat und sich verzweifelt davor fürchtet, etwas auf eigene Verantwortung zu wagen. Sein Leben war eine Reihe von Auftritten, in denen er von seinem Bruder, seinem Lehrer, von Baldy und den Kameraden der Bande vollständig beherrscht wurde.

„Ich träumte, daß ich in einem Palast, einer Burg war, mit großen Zimmern, die sehr schön waren.“

Dies ist vielleicht ein Beweis dafür, daß Michael sich nach einer bedeutenderen Stellung im Leben sehnt.

„Ein anderer Traum: ‚Als ich eines Nachts schlief, kam ein Mann herein und raubte meine Mutter und erschoss meinen Bruder. Ich stieg auf ein Pferd und verfolgte ihn und schoß ihn zweimal ins Herz und warf ihn von seinem Pferd herunter.‘

‚Ich träumte, daß meine Mutter starb, und ich weinte, und ich wollte den Kerl kriegen, der sie getötet hatte, und ich erwischte ihn und tötete ihn. Er war ein großer Verbrecher.‘

In diesem Traum spielt er eine Heldenrolle. Offenbar fürchtet er sich vor dem Verlust eines Familienmitglieds. Der Traum drückt aus: ‚Ich bin glücklich, daß ich Mutter und Bruder habe, denn allein bin ich so schwach.‘ Er kann sich kein größeres Unglück vorstellen, als keinen Führer zu haben.

„Auf die Frage: ‚Was für einen Beruf möchtest du haben, wenn du erwachsen wärest?‘, antwortet Michael sofort: ‚Polizeikommissar.‘“

Michael möchte ein Polizeikommissar sein, weil sein Ideal der starke Mann, der Befehlshaber, ist. Es ist die Kompensation seiner eigenen Schwäche.

Der Lehrer deutet den Fall so: ‚Michael hatte wirklich keine guten Chancen, weil seine Mutter fast die ganze Zeit berufstätig war. Sein Bruder Leon kann viel mehr aus sich machen, sowohl in der Schule als auch zu Hause. Die jüngere Schwester nahm Michaels Platz ein, als er sechs Jahre alt war, und jetzt zieht sie Leon ihm vor, obwohl er sie sehr liebt. Michaels Schulzeit war bis jetzt ebenfalls entmutigend. Als sich ihm eine Gelegenheit bot, sich der Bande anzuschließen, die ihn zweifellos mit offenen Armen aufnahm, nützte er sie.

Als Behandlung wird empfohlen, ihn wieder für das Lager vorzuschlagen, in dem er vergangenen Sommer war. Auf diese Weise ist er zwei Monate lang in einer für ihn günstigen Umgebung und hat Gelegenheit, die Dinge zu tun, in denen er gut ist, wie Schwimmen. Wir raten, daß Michael und Leon nicht zu demselben Lagerführer kommen, damit Michael Kraft und Mut für sich allein erlangen kann. Wir bemühen uns auch darauf hinzuwirken, daß Michael von seinen Eltern Besuch bekommt, nicht als Schande, sondern als Vergünstigung.

Das ist für den Anfang ein guter Vorschlag, aber es ist nur ein Beginn. Michael muß verstehen, warum er immer die Rolle des Untergebenen spielen muß. Man sollte ihn zu der Überzeugung ermutigen, daß er sein eigener Herr sein kann. Wenn wir mit Michael sprechen, wird es besser sein, die Diebstähle nicht zu erwähnen. Wir müssen uns nur mit seiner mangelnden Selbstachtung beschäftigen. Wir müssen ergründen, ob er wirklich ein linkshändiges Kind ist, und ob er Spezialunterricht in Lesen und Rechtschreiben braucht.

Beratungsgespräch

Der Vater kommt herein.

DR. ADLER: Wir möchten uns gern mit Ihnen über Ihren Sohn Michael unterhalten, den wir für einen durchaus vielversprechenden Jungen halten. Sein größter Fehler ist, daß er sich zu gern führen läßt. Auf diesem Fehler baut seine ganze Persönlichkeit auf, und deshalb ist er nicht sehr mutig und möchte, daß jemand anders die Verantwortung für seine Handlungen übernimmt. Haben Sie beobachtet, daß er nicht mutig ist, daß er sich im Dunkeln fürchtet, daß er nicht gern allein gelassen wird?

VATER: Ja, ich weiß, daß er nicht gern allein ist.

DR. ADLER: Sie können sehr viel tun, ihm zu helfen. Er sollte nicht bestraft werden. Er ist nicht eigentlich schuldig. Man muß ihn ermuntern und überzeugen, daß er stark genug ist, alles selber zu tun, ohne Hilfe seines Bruders oder seiner Bande. Ich glaube, daß er ein guter Junge ist und daß es nur notwendig ist, ihm zu zeigen, wo seine Fehler liegen. Tadeln oder bestrafen Sie ihn nicht, sondern ermutigen Sie ihn dazu, stärker zu sein, und er wird verantwortungsbewußter werden.

Der Junge kommt herein.

DR. ADLER: Nun, du bist ja ein großer, starker Junge! Ich dachte, du seist klein und schwach, aber es ist überhaupt nicht so. Warum glaubst du, daß andere Jungen mehr wissen und verstehen als du, und daß du auf das hören mußt, was sie sagen, und tun, was sie dir auftragen? Würdest du diese Wand hinaufklettern, wenn jemand sagen würde, du solltest es?

MICHAEL: Ja.

DR. ADLER: Du bist ein intelligenter Bursche und brauchst keinen Führer. Du bist groß genug, unabhängig und mutig, um selber ein Führer zu sein. Du kannst die Einbildung loswerden, daß andere Leute alles besser können als du. Meinst du, du müßtest immer ein Sklave der anderen Jungen sein und tun, was sie befehlen? Wie lange würdest du brauchen, damit aufzuhören, alles zu tun, was sie dir sagen? Glaubst du, du könntest es in vier Tagen schaffen?

MICHAEL: Vielleicht.

DR. ADLER: In acht Tagen?

MICHAEL: Ja, in acht Tagen kann ich's tun.

Michael geht hinaus.

DR. ADLER: Es gibt keine Regeln, aber in diesem Fall ist unsere Aufgabe offensichtlich, Michael auf eine aufsteigende Bahn zu bringen, indem wir dem Mut in seinem Lebensmuster mehr Raum schaffen. Es war zu schwer für ihn, sein ursprüngliches ehrgeiziges Ziel zu erreichen, deshalb begnügt er sich mit dem, was er leicht haben kann.

STUDENT: Ist sein beständiges Lächeln ein Zeichen dafür, daß er andere gewinnen will, sich um ihn zu kümmern?

DR. ADLER: Ja, das ist sehr wahrscheinlich ein Grund von mehreren.

STUDENT: Wie können Sie ihn davon überzeugen, daß es sich lohnt, tapfer zu sein?

DR. ADLER: Man kann Mut nicht verordnen wie einen Löffel voll Medizin. Wir müssen ihm zeigen, daß er glücklicher ist, wenn er sich selbst nicht unterbewertet, und er wird die Vorteile der Tapferkeit entdecken, sobald wir ihn dazu bringen können, sich gegen die Befehle seiner Bande zur Wehr zu setzen. Ich versuchte ihm zu zeigen, daß es ein Fehler ist, sich immer führen zu lassen. Wenn wir seine Selbstachtung vermehren, wird er von selbst mutiger werden. Solange er sich minderwertig fühlt, nimmt er keine Verantwortung auf sich. Die Einübung in das Verantwortungsbewußtsein und die Einübung in den Mut sind Teile desselben Ganzen.

STUDENT: Waren Sie zu diesem Jungen nicht etwas strenger als zu den anderen?

DR. ADLER: Ich muß bekennen, daß es, wenn es wirklich so war, nicht absichtlich geschah, aber ich hoffe, daß ich so weise wie möglich mit ihm sprach. Die Kunst, mit einem Kind zu sprechen, muß gelernt werden, und es ist durchaus möglich, daß ich, wie andere Menschen auch, Fehler mache. Keine zwei Menschen gehen in genau derselben Weise an ein Kind heran. Ich persönlich bevorzuge eine ziemlich dramatische Art, weil es dem Kind so leichter fällt, sich als wichtigen Teilnehmer des Zwiegesprächs zu empfinden. Ich versuchte, sehr verständnisvoll mit dem Kind zu reden, und ich wäre nicht überrascht, wenn es mich gern hätte und noch einmal herkommen würde. Vielleicht wird uns der Lehrer über seinen weiteren Fortschritt Bericht erstatten.

Beispiel 4.1: Deutung eines Traums von Jung

Das Fallbeispiel der Fremddeutung eines Traumes von Jung verdeutlicht:

- weitere als die im Buch umrissenen Aspekte der Traumarbeit,
- die Traumdeutung im persönlichen, kulturellen und archetypischen Kontext.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Kapitel:

- 4.4 Kollektives Unbewusstes und Archetypen
- 4.6 Analyse nach C. G. Jung

Quelle

Stevens, A. (1993). Jung.
Freiburg: Herder (S. 121–131).
Mit freundlicher Genehmigung.

Interpretation

Bei der Bearbeitung eines Traumes war für Jung der Ausgangspunkt nicht Interpretation, sondern „Amplifikation“ – was bedeutet, in die Atmosphäre des Traumes einzutreten und dessen Stimmung ebenso wie die Details seiner Bilder und Symbole dergestalt wiederzugeben, daß dadurch *die Erfahrung des Traumes selbst erweitert* wird.

Da jedes Symbol mehr umfaßt, als mit Worten ausgedrückt werden kann, darf es nicht auf seinen Ursprung „reduziert“ werden, sondern seine Sinnbezüge sind im Lichte der Archetypen zu untersuchen. Anstatt den Traum in eine Reihe von intellektuellen Formulierungen zu zerlegen, sollte man seine Symbole umkreisen und ihnen dadurch ermöglichen, dem Bewußtsein ihre verschiedenen Facetten zu offenbaren. Persönliche Assoziationen sind miteinzubeziehen, aber eine umfassende Würdigung der Traumabsicht darf nicht dabei haltmachen, wenn man alles von einem Traum aufnehmen möchte, was er zu bieten hat.

Obwohl die meisten erinnerten Träume wenig mehr als Bruchstücke oder einige kurze Episoden umfassen, erzählen viele eine Geschichte und nehmen die Gestalt eines privaten Dramas an. Darin läßt sich eine gewisse Struktur erkennen, die Jung in vier Strukturelemente unterteilt hat: (1) Die *Exposition* gibt den Ort und häufig auch Zeit der Handlung sowie die handelnden Personen an; (2) die *Verwicklung* der Handlung, in der die Situation kompliziert wird und „eine gewisse Spannung ein [tritt], da man nicht weiß, was es jetzt geben soll“; (3) die *Kulmination* oder *Peripetie*: „Hier geschieht etwas Entscheidendes, oder es schlägt etwas um“; und (4) die *Lysis*, welche die Konsequenz, Lösung oder das Resultat der Traumarbeit zeigt (vgl. GWVIII, §§561-564).

Ein Beispiel soll diese Strukturelemente verdeutlichen:

„[Ich war] in einer bergigen Gegend in der Nähe der schweizerisch-österreichischen Grenze. Es war gegen Abend, und ich sah einen älteren Mann in der Uniform eines K. K. Zollbeamten [Element 1: die *Exposition*]. Etwas gebückt ging er an mir vorbei, ohne mich zu beachten. Sein Gesichtsausdruck war griesgrämig, etwas melancholisch und verärgert [Element 2: die *Verwicklung*]. Es waren noch andere Menschen da, und jemand belehrte mich, der Alte sei gar nicht wirklich, sondern der Geist eines vor Jahren verstorbenen Zollbeamten [Element 3: die *Peripetie*]. ‚Das ist einer von denen, die nicht sterben konnten‘ [Stufe 4: die *Lysis*].“ (ETG S. 167)

Damit ist der Traum jedoch noch nicht zu Ende, denn der Träumer wird an einen anderen Ort versetzt und eine ähnliche Erzählstruktur wiederholt sich: Er befindet sich nun in einer Stadt.

„Es war Basel, und doch war es eine italienische Stadt, etwa wie Bergamo. Es war Sommer, die strahlende Sonne stand im Zenit, und alles war erfüllt von intensivem Licht [*Exposition*]. Viele Menschen kamen mir entgegen, und ich wußte, daß jetzt die Läden geschlossen wurden und die Leute zum Mittagessen heimstrebten [*Verwicklung*]. Mitten in diesem Menschenstrom ging ein Ritter in voller Rüstung. Er stieg die Treppe hinauf, mir entgegen. Er trug einen Topfhelm mit Augenschlitzen und einen Kettenpanzer. Darüber ein weißes Obergewand, auf dem vorne und auf dem Rücken ein großes rotes Kreuz eingewoben war [*Peripetie*]. [...] Ich fragte mich, was die Erscheinung zu bedeuten habe, und da war es, wie wenn mir jemand antwortete – aber es war niemand da, der es sagte – ‚Ja, das ist eine regelmäßige Erscheinung. Immer zwischen zwölf und ein Uhr geht der Ritter hier vor-

bei, und dies seit sehr langer Zeit (ich habe den Eindruck, seit Jahrhunderten), und jedermann weiß darum' [*Lysis*]." (ETG S. 168f.)

Als erstes springt bei diesem Traum als Ganzes die unglaublich fesselnde Qualität seiner Stimmung und Bilder ins Auge und der krasse Gegensatz zwischen dem traurigen, geisterhaften Zollbeamten und der ungewöhnlichen, surrealen Gestalt des mittelalterlichen Ritters. Daß der Traum an der schweizerisch-österreichischen Grenze beginnt, ist ebenso von Bedeutung wie Kleidung, Erscheinung und Verhalten des Zollbeamten. Warum sollte er gar nicht wirklich da sein, und warum kann er nicht richtig sterben? Warum sieht man den Ritter, der vor so langer Zeit hätte sterben sollen, durch die Straßen einer modernen Stadt spazieren? Während ersterer alt, verbraucht und „ausgemustert“ aussieht, ist letzterer durchdrungen von der strahlenden Intensität eines archetypischen Bildes – der Ritter in glänzender Rüstung. Was bedeutet das?

In Jungscher Therapie nähert man sich einem Traum für gewöhnlich in drei Stufen. Die erste versucht den Kontext des Traumes im Leben des Träumers festzustellen, um etwas von seiner rein persönlichen Bedeutung zu erfassen. Als nächstes ist der kulturelle Kontext des Traumes zu bestimmen, der immer einen Bezug zu dem Milieu und der Zeit herstellt, in denen er geträumt wurde. Und schließlich wird dem archetypischen Inhalt nachgegangen, um den Traum in den Kontext des menschlichen Lebens als Ganzes zu setzen, da Träume uns auf der tiefsten Ebene mit den uralten Erfahrungen unserer Spezies verbinden.

In der Praxis ist es nur selten möglich, diese Stufen getrennt zu halten, da die persönlichen, kulturellen und archetypischen Komponenten der Erfahrung sowie die Interpretation ihrer Bedeutung unweigerlich und ständig in einem Wechselspiel zueinander stehen. Wir werden jedoch im Interesse der Klarheit die Elemente dieses Traumes unter drei gesonderten Abschnitten behandeln und die unvermeidlichen Überschneidungen zwischen ihnen in Kauf nehmen.

Persönlicher Kontext

Ein großer Teil des persönlichen Kontextes wurde bereits dargelegt ...: Jung träumte diesen Traum, kurz bevor er seine Freundschaft mit Freud beendete. Um genau zu sein, ereignete sich der Traum, während Jung an seinem Buch *Wandlungen und Symbole der Libido* ... arbeitete, das Ideen enthielt, von denen er befürchtete, daß sie für Freud unannehmbar sein würden. Die Assoziationen, die Jung zu dem Traum angibt, sind kurz und bündig, denn, anders als Freud, war Jung kein Verfechter des uneingeschränkten Gebrauchs der freien Assoziation. Für Jung war die Assoziation der Traumdeutung nur dann förderlich, wenn sie sich auf die Bilder des Traumes beschränkte. In Jungs Augen bringt die freie Assoziation im Freudschen Sinne den Träumer weg vom Traum und führt ihn immer wieder zurück zu seinen Kindheitskomplexen, was ganz und gar nicht im Sinn der Aufgabe ist.

Zum Wort *Zoll* fiel Jung sogleich das Wort „Zensur“ ein, und bei Grenze dachte er einerseits an die Grenze zwischen Bewußtsein und Unbewußtem und andererseits an die zwischen Freuds Ansichten und den seinen. Über den Ritter sagt Jung:

„Sie können sich denken, was für einen Eindruck es auf mich machte, als plötzlich in einer modernen Stadt, mittags um die Stoßzeit des Verkehrs, ein Kreuzfahrer auf mich zukam! Vor allem fiel mir auf, daß keiner von den vielen Menschen, die unterwegs waren, ihn wahrzunehmen schien. [...] Es kam mir vor, wie wenn er für die anderen vollkommen unsichtbar wäre. [...] Schon im Traum wußte ich, daß der Ritter ins 12. Jahrhundert gehört. Das ist die Zeit, wo die Alchemie anfangt und die Quest nach dem Hl. Gral. Die Gralsgeschichten spielten für mich von Jugend an eine große Rolle. Als ich fünfzehn Jahre alt war, hatte ich sie zum ersten Mal gelesen. [...] Ich ahnte, daß dort noch ein Geheimnis verborgen lag. So schien es mir ganz natürlich, daß der Traum die Welt der Gralsritter und ihrer Quest wieder heraufbeschwor, denn das war im innersten Sinne meine Welt, die mit derjenigen von Freud kaum etwas zu tun hatte. Alles in mir suchte ein noch Unbekanntes, das der Banalität des Lebens einen Sinn verleihen könnte.“ (ETG S. 168–169)

Kultureller Kontext

Eine Grenze ist eine vereinbarte Demarkationslinie, die zwei Staaten trennt: In der Sprache der Traumlogik spielt es dabei keine Rolle, ob es sich um zwei Nationen oder zwei Geisteszustände handelt.

Nicht zu übersehen ist, daß Freuds Staat Österreich ist und der Jungs die Schweiz, und Freud patrouilliert in einer offiziellen „kaiserlichen“ Rolle an der Grenze zwischen ihnen. An einer Grenze wird die persönliche Habe einer Durchsuchung unterzogen, Koffer werden geöffnet und nach

Schmuggelware durchsucht, der Paß wird überprüft, um sicherzustellen, daß die Ausweispapiere in Ordnung sind, und all das wird von einem Zollbeamten erledigt. Sollte dies eine Anspielung sein auf den Gegenstand der Psychoanalyse (die Grenzlinie zwischen Bewußtsein und Unbewußtem) und auf Freud, den Meisteranalytiker, der griesgrämig, verärgert und traurig ist, weil er vermutet, daß der Träumer Ideen hegt, die sowohl subversiv als auch anstößig sind? In seinen Überlegungen zu dem Traum stellte Jung diese Verbindung sehr wohl her. Aber warum, so fragte er sich, sollte er von Freud als dem Geist eines Zollinspektors träumen? „Sollte das der von Freud angedeutete Todeswunsch sein?“ Er glaubte nicht, denn er hatte keinerlei Anlaß, Freuds Tod zu wünschen. Vielmehr beurteilte er den Traum als eine Kompensation und Korrektur zu seiner bewußten Einstellung zu Freud, die er als zu ehrerbietig erkannte. Der Traum empfahl einen kritischeren und geradlinigeren Kurs im Umgang mit Freud.

Die Vermischung von Basel und Italien im zweiten Teil des Traumes spielt möglicherweise auf die Errungenschaften von Jakob Burckhardt an, Jungs Basler Mitbürger, der eine Verbindung zwischen der Zivilisation ihrer Heimatstadt und jener der italienischen Renaissance herstellte. Dieses Italien ist die Welt der Anima und der Liebe, von Dante und Beatrice, von Petrarca und Laura, der Kunst und der Wiedergeburt des menschlichen Geistes.

Daß die Sonne im Zenit steht, als die Leute von den Läden nach Hause gehen, gemahnt an die Enantiodromie der Lebensmitte, die Jung so beschrieben hat ...: „Um zwölf Uhr mittags beginnt der Untergang. Und der Untergang ist die Umkehrung aller Werte und Ideale des Morgens“ (GW VIII, § 778). Die erste Lebenshälfte ist das Leben des „Erwerbens und Ausgebens“; aber nun sind die Läden geschlossen und diese Phase ist vorbei. Was verspricht die Zukunft? Die Antwort tritt in der außergewöhnlichen Erscheinung des Ritters in der Rüstung auf; nicht ein Mann der Zukunft, sondern eine archetypische Figur aus der Vergangenheit, der christliche Edelmann und ritterliche Krieger. Er gehört in das 12. Jahrhundert, das Jung mit den Anfängen der Alchemie und der Entstehung der Gralslegende verbindet.

Archetypischer Kontext

Die bedeutendsten archetypischen Bilder in diesem Traum sind das Gefäß (der Gral), der Ritter/Krieger und das Kreuz. Diese selbst und die damit verbundenen Assoziationen rühren an die archetypischen Themen des alten und sterbenden Königs, des verwundeten Heilers und des Schamanen/Magiers.

Der Legende nach ist der Gral jener Kelch, den Jesus beim Letzten Abendmahl verwendete und in dem Joseph von Arimathäa nach der Kreuzigung das Blut des Heilands auffing und bewahrte. Das Thema des magischen Gefäßes ist jedoch viel älter als das Christentum. Der Gral oder das Gefäß ist, und hier würde Freud sofort zustimmen, ein weibliches Symbol, eine Gebärmutter, in der eine wunderbare, lebensspendende Wandlung vor sich geht. Das Gefäß oder *vas* stand im Zentrum der alchemistischen Tradition, die im alten China begann und Nordeuropa, laut Jungs Anmerkung, im zwölften Jahrhundert erreichte. Die Gnostiker, mit denen Jung eine enge geistige Verwandtschaft fühlte, vertraten die Ansicht, daß einer der Schöpfungsgötter den Menschen einen *Krater*, d. h. einen Mischkrug, geschenkt hat, in welchen diejenigen eingetaucht wurden, die nach geistiger Wandlung strebten. Diese gnostische Überlieferung scheint Eingang in die europäische Alchemie gefunden zu haben, und zwar unter dem Einfluß des Zosimos von Panopolis, einem der frühesten und maßgeblichsten Alchemisten, dessen Visionen für Jung später von großem Interesse waren. Die Mystiker des Mittelalters übernahmen das Gefäß als ein Symbol der Seele, die geschaffen wurde, um stets aufs neue und ohne Ende mit göttlicher Gnade gefüllt zu werden.

Die Verbindung der Gralslegende zu England und den Rittern von König Artus' Tafelrunde ergab sich durch Merlin, den großen Zauberer, Schamanen und Sänger der keltischen Mythologie. Merlin entstammte der verbotenen Verbindung zwischen dem Teufel und einer unschuldigen Jungfrau und bildete so einen Gegenpol zur Figur Christi. In seinen frühen Jahren leitet Merlin einen Drachenkampf, in dessen Folge der alte Usurpator König Vertigier entthront und durch König Uter ersetzt wird; Merlin vertraut Uter das Geheimnis des Grals an und erteilt ihm den Auftrag, einen dritten Tisch einzurichten. Der erste Tisch war jener des Letzten Abendmahles; der zweite, quadratisch in der Form, war jener, an dem Joseph von Arimathäa den Gral aufbewahrte; der dritte Tisch von König Uter sollte rund sein. Das Rundwerden des Quadrates ist das Kernstück des *Mandalas*; es symbolisiert das Erreichen der Ganzheit, der vollkommenen Verwirklichung des Selbst. Die Quest nach dem Heiligen

Gral ist die Quest nach Individuation, unternommen *sub specie aeternitatis* (unter dem Gesichtspunkt der Ewigkeit, d. Übers.).

Die Gralslegende hat Jung sein ganzes Leben hindurch fasziniert. Als Junge las er Malory und Froissart, und von allen Kompositionen Wagners war ihm *Parsifal* am liebsten. Er hätte dem Gral sicherlich ebensoviel Zeit gewidmet wie der Alchemie, wäre es nicht seiner Frau ein großes Anliegen gewesen, dieses Thema selbst zu bearbeiten. Im Hinblick auf den Traum ist der interessanteste Aspekt der Legende, vom Gefäß selbst einmal abgesehen, das Thema des „alten, kranken Königs“ Amfortas. Wie Chiron in der griechischen Mythologie, so leidet Amfortas an einer unheilbaren Wunde; das Bemerkenswerte an dieser Wunde ist ihre Lage am Oberschenkel oder Genitalbereich. Amfortas Wunde ist eine sexuelle Verwundung, sein Problem ein sexuelles Problem. Er möchte seine königliche Autorität niederlegen und sie Parzival übertragen, so wie Freud die seine an Jung weitergeben wollte, aber Amfortas sind die Hände gebunden, solange Parzival die entscheidende Frage nicht stellt.

Jung selbst stellte keine Beziehung her zwischen Amfortas und Freud, aber mit seinem eigenen Vater, der Freuds psychologischer Vorläufer in seinem Leben war: „Meine Erinnerung an meinen Vater ist die an einen Leidenden, der an einer Amfortaswunde litt, ein ‚Fischerkönig‘, dessen Wunde nicht heilen wollte – das christliche Leiden, für welches die Alchemisten die Panacee (Heilmittel) suchten. Ich als ein ‚thumber‘ Parzival war Zeuge dieser während der Jahre meiner Jugend, und wie jenem hatte mir Sprache versagt. Ich ahnte bloß“ (ETG S. 219).

Freud war ebenso ein ‚Fischerkönig‘, und in seiner Gegenwart war Jung genauso wenig der Sprache mächtig wie Parzival und stellte Freud nie die Frage nach seinen Diensten für den Gott der Sexualität. Nur deshalb hatte ihre Freundschaft so lange Bestand.

„Unter dem Eindruck von Freuds Persönlichkeit hatte ich, soweit wie möglich, auf mein eigenes Urteil verzichtet und meine Kritik zurückgedrängt. Das war die Voraussetzung, unter der ich mitarbeiten konnte. Ich sagte mir: ‚Freud ist viel gescheiter und erfahrener als du. Jetzt hörst du einfach auf das, was er sagt, und lernst von ihm.‘ Und dann träumte ich zu meinem Erstaunen von ihm als griesgrämigem Beamten der österreichischen K. K. Monarchie, als verstorbenem und noch ‚umgehendem‘ Zollinspektor.“ (ETG S. 167f.)

Die Symbolik des Kreuzes bedarf kaum der Amplifikation: Es verweist auf die vier Himmelsrichtungen des Mandalas und ist das christliche Symbol für Ganzheit, das die Vereinigung der Gegensätze durch das Leiden versinnbildlicht, ein Denkmal für die Individuation Christi und seine Einswerdung mit Gott. Das Kreuz steht für den Weg des Sichfügens in das persönliche Schicksal als Mensch, und zwar für den Alchemisten ebenso wie für den Christen.

„Die Unterwerfung und Hingabe an die fundamentale Gegensätzlichkeit der menschlichen Natur bedeutet ein Akzeptieren der psychischen *Selbstdurchkreuzungstendenzen*. Wie die Alchemie lehrt, ist der Gegensatz vierfach, das heißt er bildet ein Kreuz, welches die vier einander feindlichen Elemente bedeutet. Der vierfache Aspekt ist der Minimalaspekt einer totalen Gegensätzlichkeit. Die ‚cruX‘ als Kreuzform und als Qual entspricht der psychischen Wirklichkeit. Die ‚Kreuztragung‘ ist daher ein passendes Symbol der Ganzheit und zugleich der Passion, mit welcher der Alchemist sein opus vergleicht.“ (GW 16, § 523)

Der einsame Kreuzfahrer repräsentiert den christlichen Soldaten, der marschiert wie im Krieg. Er hat ein Ziel vor Augen, eine Bestimmung, die ihm keine Wahl läßt, außer sie zu erfüllen. Das ist auch ein Bild für Jungs Werdegang, nicht als Christ, aber als Mensch. „Wenn ein Mensch mehr weiß als andere, wird er einsam“, schrieb er am Ende seines Lebens.

„Es war ein Dämon in mir [...] Er überflügelte mich [...] Ich konnte mich nie aufhalten beim einmal Erreichten. Ich mußte weiterreisen, um meine Vision einzuholen. Da meine Zeitgenossen begreiflicherweise meine Vision nicht wahrnehmen konnten, so sahen sie nur einen sinnlos Davonlaufenden. [...] Für manche Menschen konnte ich mich intensiv interessieren, aber sobald ich sie durchschaut hatte, war der Zauber verschwunden. So habe ich mir viele Feinde gemacht. Aber als schöpferischer Mensch ist man ausgeliefert, nicht frei, sondern gefesselt und getrieben vom Dämon. [...] Diese Unfreiheit erweckte in mir eine große Trauer. Oft kam es mir vor, als sei ich auf einem Schlachtfeld. Jetzt bist du gefallen, mein guter Kamerad, aber ich muß weiter!“ (ETG S. 358f.)

Das bisher Gesagte sollte genügen, um dem Leser vor Augen zu führen, daß Jungs Vorgehen bei der Traumanalyse ein weitläufiger Prozeß ist, der nicht nur beträchtliche Belesenheit, sondern auch ein Talent für symbolisches Verstehen erfordert. Es geht um viel mehr als eine bloße Deutung der Grundaussage, die in diesem Fall einfach lauten könnte: „Trenne Dich von Freud und gehe Deinen eigenen Weg.“

Vor dem Medizinstudium hatte Jung überlegt, Archäologie zu studieren, ein Fachgebiet, das seinen Reiz für ihn nie verloren hat. Wie er oftmals sagte, ging er an einen Traum heran, als ob es ein unentzifferter Text wäre, und setzte dabei all seinen archäologischen Spürsinn ein. Erst wenn man die persönlichen, kulturellen und archetypischen Grundfesten des Traumes freigelegt hat, ist man überhaupt in der Lage, seine Bedeutungen zu erfassen. Wenn man dann quasi über die Ausgrabungsstätte spaziert, wird die Architektur des Traumes erkennbar und mit ihr eine Ahnung davon, was der Architekt zu verwirklichen suchte und in welche Richtung sich all seine schöpferische Energie bewegen könnte. Das ist ein Prozeß, in dem mit Fingerspitzengefühl ausgesiebt, katalogisiert und verglichen wird und der viel Vorstellungsgabe verlangt: Der Traum darf nie bis zur Zerstörung freigelegt werden, sondern seine Atmosphäre soll aufgenommen werden und seine Botschaft intakt bleiben.

Jung erkannte, daß außerordentlich wichtige Themen im Leben eines Menschen dazu tendieren, wiederholt in Erscheinung zu treten, was auch durch die Untersuchung einer Traumserie desselben Träumers bestätigt werden konnte. Für Jung selbst wiederholte sich das Thema des Grals in einem Traum, den er 1938 in Indien träumte und der, wie der Traum vom Kreuzritter, eine Rückverbindung zu seiner Kindheitsphantasie von dem Schloß auf einem Felsen herstellte. In dem Traum befand er sich mit einer Anzahl seiner Zürcher Freunde und Bekannten auf einer unbekanntem Insel vor der Südküste Englands. Die Insel war ein langer, schmaler Landstreifen, und am südlichen Ende stand ein mittelalterliches Schloß an der felsigen Küste. „Vor uns erhob sich ein imposanter Bergfried, durch dessen Tor eine breite steinerne Treppe sichtbar war. Wie man eben noch sehen konnte, mündete sie oben in eine Pfeilerhalle, die von Kerzenschimmer schwach erleuchtet war. Es hieß, dies sei die Gralsburg, und heute abend werde hier ‚der Gral gefeiert‘“ (ETG S. 284f.).

Die Welt der Ritter, des Grals und Merlins, das war nicht Freuds Welt, sondern *seine* Welt – die Welt des Schlosses auf dem Felsen mit der Kupfersäule und dem alchemistischen Laboratorium. Das Problem der modernen Welt war, wie bei der Neurose, nicht so sehr die sexuelle Unterdrückung, sondern der „Seelenverlust“, die fehlende Wahrnehmung des Heiligen. Freuds Wirken hat die Notlage unserer Kultur nur noch verschärft, denn er kämpfte darum, das Heilige in einem primären Trieb, der Sexualität, zu finden. Das ritterliche Ideal, eine der edelsten Hervorbringungen europäischen Geistes, wurde dabei außer acht gelassen. Die Heilige Quest des Ritters verkam zum „Ödland“ unserer spätchristlichen Zivilisation.

Auch dieses Thema kehrte in einem anderen Traum wieder, in welchem er von Sarkophagen aus der Merowingerzeit umgeben war. Er kam an einer Reihe von Toten aus dem 18. Jahrhundert vorbei und ging weiter, bis er zu Grabmälern aus dem 12. Jahrhundert gelangte, wo er vor einem Leichnam anhielt, „einem Kreuzfahrer im Kettenpanzer, der ebenfalls mit gefalteten Händen dalag. Seine Gestalt schien wie aus Holz geschnitzt. Lange schaute ich ihn an, überzeugt, daß er wirklich tot sei. Aber plötzlich sah ich, daß sich ein Finger der linken Hand leise zu regen begann“ (ETG S. 176).

In seinem Unbewußten ist der Ritter noch lebendig; er weist ihm einen Weg heraus aus der Vergangenheit und weg von der absterbenden Gestalt Freuds, des verärgerten Zollbeamten. Aber es ist eine Zukunft und eine Vergangenheit (das rote Kreuz auf Brust und Rücken des Kreuzritters), die geprägt ist von dem christlichen Symbol für Ganzheit und Erlösung, dem Zustand der Aussöhnung und Einswerdung mit Gott. So wie der Ritter würde er weiter voranschreiten müssen, in seinem Fortschritt unbemerkt von den Menschen um ihn herum, nur getragen von dem Flackern seines eigenen „kleinen Lichtes“ und den wenigen verwandten Seelen, die er um seinen eigenen runden Tisch versammeln würde.

Beispiel 4.2: Archetypische Gegenübertragung als Märcheneinfall

Das Fallbeispiel eines 25-jährigen Mannes mit unklarer Symptomatik, der schon einige Therapeuten „ausprobiert“ hat, verdeutlicht:

- verschiedene Themen und Techniken der Analytischen Therapie,
- den Einsatz eines Märchens als „Einfall der Gegenübertragung“, der die Arbeit mit Symbolen ermöglicht und die Therapie aus einer Phase der Stagnation löst.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Kapitel:

- 4.4 Kollektives Unbewusstes und Archetypen
- 4.6 Analyse nach C. G. Jung

Quelle

Aus: Verena Kast, Die Dynamik der Symbole. Grundlagen der Jungschen Psychotherapie

© Patmos Verlag der Schwabenverlag AG, Ostfildern 2012, 8. Auflage

www.verlagsgruppe-patmos.de

Mit freundlicher Genehmigung.

Marcel ist 25 Jahre, als er zu mir kommt, um sich „testen“ zu lassen. Das zumindest war sein Anliegen, das er am Telefon formulierte, und ich war der Ansicht, daß es um seine Berufsberatung ging. Als er dann erscheint – ein mittelgroßer, dunkelhaariger, junger Mann, ein muskulöser Sportlertyp, der allerdings sehr gespannt wirkt –, erzählt er mir, daß er es verabscheue, getestet zu werden, daß er Tests nicht ausstehen könne und daß er eigentlich eine Therapeutin suche, die mindestens zehn Jahre am gleichen Ort bleibe, denn er habe schon acht Therapeuten durch Umzug verloren.

Diese ganze Situation erscheint mir sehr eigentümlich, und ich bitte ihn, mir seine therapeutischen Erfahrungen zu schildern. Seit seinem 20. Lebensjahr suchte er eine Therapie, denn er war unzufrieden mit seinem Leben und mit seinem Beruf. Seine erste Angstkrise, die er Depression nannte, hatte er, als man ihm eine verantwortungsvollere Arbeit anbot. Er arbeitete als Hilfsarbeiter in einem staatlichen Betrieb. Während der vier Jahre, bevor er seine Therapie bei mir aufnahm, arbeitete er nur noch gelegentlich und hatte sich selber sechsmal in psychiatrische Kliniken einweisen lassen, freiwillig, weil er den Eindruck gehabt hatte, unter Depressionen zu leiden.

Die Schilderung über seine therapeutischen Erfahrungen bringt zutage, daß er zweimal von Therapeuten verlassen worden war (beide hatten abgemachte Stunden vergessen), daß in den anderen Fällen aber er die Therapie oder die Therapeuten aufgegeben hatte. Er ging einfach nicht mehr hin.

Ich konfrontiere ihn mit dieser schlechten Realitätswahrnehmung, indem ich ihm sage: „Es scheint mir, daß Sie noch eine Therapeutin suchen, um ihr zu beweisen, daß sie auch nichts taugt, und um sich selbst davon zu überzeugen, daß Sie unheilbar sind.“ Er: „Ich werde Ihnen beweisen, daß Sie unrecht haben.“ Dann: „Ich habe keine Lust, Ihnen meine Geschichte zu erzählen. Ich habe sie schon tausendmal erzählt. Niemand glaubt mir übrigens meine Geschichte. Die ist unglaublich. Der Arzt der Klinik wird Ihnen meine Krankengeschichte schicken.“

Während der ersten Sitzung habe ich einander widersprechende Gefühle und Eindrücke: Ich bin neugierig auf Marcel, spüre in ihm eine starke Vitalität, finde ihn auch sympathisch. Andererseits spüre ich viel Ärger, Aggression und eine Art von Angst, die ich eigentlich bei mir nicht kenne. Er vermittelt mir den Eindruck, mit sehr viel Energie seine Probleme anzugehen, um im entscheidenden Moment dann doch zurückzuweichen. Ich formuliere diesen Eindruck mit dem Bild, er komme mir vor wie ein Autofahrer, der gleichzeitig Gas gebe und bremse. Der Grund dürfe wohl die Angst sein, die das Konfrontieren mit seinen Problemen in ihm auslöse. Er fühlt sich etwas verstanden und drückt das so aus: „Ich habe ein wenig Vertrauen zu Ihnen, aber ich muß jetzt weggehen und darüber nachdenken, um zu wissen, ob ich wirklich mit Ihnen arbeiten will, und Sie auch; vielleicht können Sie auch darüber nachdenken.“

Marcel hat offenbar Angst, zurückgestoßen zu werden, und realisiert nicht, daß er zurückstößt. Er fühlt sich verlassen. Ich nehme starke, sehr widersprüchliche Emotionen wahr, vor allem destruktive Aggression und Angst. Er suchte immer wieder Hilfe, die er nicht annehmen konnte. Als er ausdrückte, daß er ein wenig Vertrauen spüre, mußte er weggehen, um nachzudenken, ob er wirklich mit mir

arbeiten wolle. Er muß große Angst davor haben, sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen, wohl Angst, mir zu nahe zu kommen und im Zusammenhang damit natürlich auch zu riskieren, verlassen zu werden. Marcel kehrt dann in die Klinik zurück, in der er sich im Moment aufhält, und ordnet an, daß man mir sofort seine Krankengeschichte schicke. Er erzählt jedem, der es hören will, er habe die beste Therapeutin der Welt gefunden, wie mir der Arzt mitteilt. Es handelt sich hier um eine „primitive Idealisierung“.

Marcel war diagnostiziert als schizoide Persönlichkeit mit paranoiden Zügen. Einige Anmerkungen zu seiner Anamnese: Er war das erste von zwei Kindern einer sehr problematischen Familie. Seine Mutter, eine paranoide Schizophrene, war verschiedentlich zwangshospitalisiert worden, zum erstenmal als Marcel drei Jahre alt war, seine Schwester ein Jahr. Der Vater war ein aggressiver Alkoholiker. Zwischen dem 6. und dem 15. Lebensjahr wurde Marcel mit seiner Schwester in ein Heim gebracht, das von Nonnen geleitet wurde. Das Erziehungsklima, das dort herrschte, erlebte er als außerordentlich hart.

Nach der Schulzeit arbeitete er als Hilfsarbeiter. Verschiedentlich versuchte er, eine Lehre zu machen, aber jedesmal, wenn er einen Lehrmeister suchte, erfand er eine Biographie, um nicht seine wirkliche Geschichte erzählen zu müssen. Er schämte sich seiner Herkunft zu sehr. Er verwickelte sich dann natürlich in seine verschiedenen Biographien, in der Krankengeschichte wurde er dementsprechend auch als Lügner beschrieben. Ich denke, daß es sich hier nicht um Lügen handelt, sondern eher um eine Spaltung und die damit verbundene Negation.

Überlegungen zur Diagnostik: Die erste Krise trat auf, als er unabhängiger arbeiten sollte, also in einem Augenblick der Loslösung von seinen Kollegen. Zeiten der Separation, der Autonomieforderung werden von ihm angstvoll erlebt. Als Abwehrmechanismen sind die der Spaltung und der Verleugnung evident sowie Allmachtsphantasien und Entwertungsstrategien. Auf die Situation „Übertragung-Gegenübertragung“ gehe ich später ein.

Meine vorläufigen diagnostischen Überlegungen führen dazu, Marcel als eine paranoide Persönlichkeit auf der Basis einer Borderlinestruktur zu sehen.

In der zweiten Sitzung sagt er mir, er habe überlegt, ob er mit mir arbeiten wolle, und er denke, daß wir eine außerordentlich gute Arbeit miteinander machen könnten, daß es uns gelingen könnte, ihn in sehr kurzer Zeit zu heilen. Auf jeden Fall habe er den festen Willen, intensiv mit mir zu arbeiten, und er wolle seinen guten Willen damit beweisen, daß er mir zwei Geheimnisse anvertraue. Das erste Geheimnis: Er habe eine enorme Angst, krank zu werden, deshalb würde er nie Türklinken anfassen und nie jemandem die Hand geben. Dieses Geheimnis hat mich dann im Laufe der Therapie veranlaßt, intensiv auch am Körper des Patienten zu arbeiten, ihm seinen Körper bewußt wahrnehmen zu lassen, vor allem seine Spannungen und seine verborgene Aggressivität auch als Kraft aufspüren zu lassen.

Das zweite Geheimnis, das er mitteilt: Die „ganze Welt“ denke, daß seine Krankheit im Zusammenhang mit der Krankheit seiner Mutter stehe, das sei aber nicht wahr. Er erzählt: „Es war sehr schwer für mich als Kind, wenn die Polizei gekommen ist und meine Mutter mitgenommen hat. Aber es war auch schwer für mich, wenn meine Mutter mit Personen sprach, die ich nicht sah. Das war sehr ängstigend.“ Das Grauen steht ihm noch im Gesicht geschrieben, während er das erzählt.

„Aber meine Mutter ist eine sehr liebe Person. Ich hab’ sie sehr lieb. Ich erinnere mich, wie sie uns sorgfältig gewaschen hat. Sie hat uns die Füße gewaschen mit Vim (das ist ein aggressives Putzmittel), ich bin sehr wichtig für meine Mutter, ich muß dafür sorgen, daß sie ihre Medikamente nimmt.“

Dann führt er an: „Als ich Ihnen das jetzt erzählt habe, habe ich folgende Phantasie gehabt: Ich bin auf den Bergen, am Rand eines Waldes, in einer Wiese. Es ist Herbst wie jetzt, es gibt einen kleinen Fluß, der Ort ist sehr schön. Es ist gut, allein zu sein, ich will niemanden sehen.“

Und dann fügt er mit einer bedrohlichen Stimme hinzu: „Wenn jemand kommt, werde ich ihn schlagen, vor allem, wenn es eine Frau ist.“

Ich: „Kommt jemand?“

Er: „Nein, niemand. Das ist langweilig. Warum kommen Sie nicht?“

Ich: „Ich werde nicht gerne geschlagen.“

Marcel: „Sie können kommen, aber ich bestimme die Distanz.“

Ich: „Einverstanden. Ich nähere mich.“

Marcel: „Es sind jetzt 200 Meter zwischen uns. Das ist gut.“

Ich: „Es ist schön hier. Man ist über dem Nebel.“

Marcel (mit einer triumphierenden Stimme): „Sie müssen hinuntersteigen, Sie gehen in den Nebel, Sie werden kalt haben.“

Ich: „Es hat Ihnen wohl nicht gefallen, daß ich von Nebel gesprochen habe? Ich habe vom Nebel gesprochen, weil es nicht möglich ist, daß es so schön ist, daß Ihre Situation so friedlich ist, daß Sie sich so gut fühlen. Es ist ja auch langweilig. Und dann haben Sie mir ja auch ein Geheimnis anvertraut. Dieses Geheimnis ist sehr wichtig für mich. Ich glaube Ihnen schon, daß Sie eine gute Beziehung haben zu Ihrer Mutter, aber das muß schwer sein, mit ihr zu leben und auf sie aufzupassen. Ich sehe da noch nicht klar, für mich ist das der Nebel.“

Er hört mir aufmerksam zu, dann sagt er: „Ich werde Sie trotzdem bestrafen.“

Ich: „Sie bestrafen mich, wenn ich nicht mache, was Sie wollen? Vielleicht bestrafen Sie, wenn sie Angst haben? Es macht Angst, eine Situation so zu sehen, wie sie ist. Ich kann das gut verstehen.“

Marcel: „Ich bin immer sehr aggressiv. Ich bin immer wütend. Ich habe immer Angst. Aber jetzt haben Sie meine Phantasie zerstört. Ich werde Sie bestrafen. Aber gehen wir in den Nebel. Die Sitzung ist fertig. Vergessen Sie nicht meine Geheimnisse.“

Vor der Tür der Praxis steht der Briefträger. Der Analysand spricht mit ihm, als wäre nichts gewesen.

Was ist passiert? Als er von dem Geheimnis, das seine Mutter betrifft, sprach, versuchte er die Augen zu verschließen vor den Schwierigkeiten, auch vor der Angst, die er im Umgang mit ihr gehabt haben mußte, und er produzierte eine sehr friedliche Phantasie. Allerdings wurde sofort seine Isolation, vor allem in bezug auf Frauen, sichtbar. Diese Angst vor Frauen und die Sehnsucht nach ihnen und die damit zusammenhängende Aggressivität wurden auf mich übertragen. Zudem bildete sich sein Nähe-Distanz-Problem deutlich ab. Er möchte, daß Menschen in seine Nähe kommen, es ist für ihn aber außerordentlich wichtig, daß er die Distanz selber bestimmt. Die Annäherung an ihn ist wie eine Annäherung an ein scheues Tier. Meine Deutung half ihm, seine Angst auszudrücken, zu erkennen, daß er immer wütend ist. Meine Erklärung hatte also das Ich eher gestärkt. Das bestätigte meine Hypothese, daß es sich bei Marcel viel eher um eine psychische Problematik mit einer Borderlineorganisation handelte als um den Beginn einer Psychose. Auf der Ebene der Übertragung sah man seine Tendenz zu Spaltung. Einerseits war ich jemand, der seine Einsamkeit teilen konnte, also ein guter Mensch, aber wenn ich nicht tat, was er wollte, wurde ich sofort zum schlechten Menschen, den er bekämpfte, den er bestrafen mußte, ein Hinweis auf projektive Identifizierung, verbunden mit einer Phantasie der Allmacht, die eine Ohnmacht, eine ohnmächtige Angst zudeckte. Auch wurde deutlich daß er das, was in der Therapie passierte, sehr leicht abspalten konnte und so in der konkreten Realität unauffällig reagierte.

Ich selber spürte eine starke Wut, als er mir sagte, ich könnte in den Nebel hinuntersteigen, um kalt zu haben. Es waren nicht so sehr die Worte als die Art, wie er es sagte, das hämisch-sadistische Grinsen, das ich auf seinem Gesicht wahrzunehmen glaubte. Ich hatte diese Wut zu einem Teil als Gegenübertragung aufgefaßt, die seine eigene Wut zum Ausdruck brachte. Natürlich waren in meiner Wut auch eigene Anteile verborgen: die Wut angesichts von Männern, die einfach über Frauen bestimmen. Die Gegenübertragungsgefühle sind ja nie ganz frei von Gefühlen aus der eigenen Lebensgeschichte. Verstanden hatte ich, daß Marcel seine Ängste so lange aushalten kann, solange er die Menschen um sich herum unter Kontrolle hat, d. h., der Abwehrmechanismus der projektiven Identifikation wurde sichtbar: Er erlebt Persönlichkeitsaspekte von sich selbst in seinem Gegenüber und muß sie da kontrollieren, damit er „ganz“ bleibt und damit allenfalls sich diese bösen Anteile nicht unkontrolliert gegen ihn wenden können. Es besteht hier bestimmt ein Zusammenhang mit dem Erlebnis, daß seine Mutter ihre Ängste nicht kontrollieren konnte und daß er als Kind diesen Ängsten auch hilflos ausgeliefert war.

Während der fünf Sitzungen, die folgen, spricht Marcel von seinem täglichen Leben, von seinen Arbeitsproblemen. Es geht darum, eine Arbeit zu finden, die ihm gefällt und die seinen Möglichkeiten entspricht. Um dieses Berufsproblem anzugehen, war er, der bereits eine Invalidenrente bezog, von der Invalidenkasse einem Berufsberater zugewiesen worden. Mit mir diskutiert er immer wieder, was dieser herausfand. Ich habe in dieser Situation die Rolle des guten Vaters, während der Berufsberater der böse Vater ist. Ich sehe Marcel ungefähr alle vierzehn Tage. Diesen Rhythmus der Stunden wählte ich einerseits, weil Menschen mit einer Borderlineorganisation große Angst vor Verschmelzen entwickeln und bei zu naher Stundenfrequenz aus diesem Grunde sehr destruktiv agieren müssen. Zudem hatte er mir bei unserem ersten Gespräch erzählt, daß bei einem Therapeuten, der ihn nur alle vierzehn Tage oder gar alle drei Wochen sah, die besten Resultate erzielt worden seien.

In die achte Sitzung – ungefähr drei Monate nach Beginn der Therapie – kommt Marcel und sagt: „Ich bin sehr unzufrieden mit Ihnen. Das geht nicht mehr so!“

Ich: „Sie wollen mich bestrafen?“

Marcel: „Ich werde Ihnen eine Geschichte erzählen. Wissen Sie welche?“

Ich: „Ich bin keine Hellseherin.“

Marcel: „Genau, das ist das Problem. Sie sind nicht einmal eine Hellseherin, Sie Arme.“

Auf der einen Seite amüsiert mich diese Forderung, hellseherisch sein zu müssen, auf der anderen Seite frage ich mich natürlich, was das nun wieder bedeute. Ich werde ärgerlich und spüre eine Angst in mir wachsen, die ich mir nicht erklären kann.

Marcel: „Sie haben schlechte Laune heute, ich sehe es deutlich. Ich kann leider keine Rücksicht nehmen auf Ihre schlechte Laune. Tut mir leid, ich muß Ihnen meine Geschichte erzählen. Ich hab’ sie zu Hause erfunden:

„Ich bin in einer Höhle, und Sie leben in einem Bauernhaus nicht weit von der Höhle entfernt. Ich bin allein. Es ist langweilig. Ich gehe aus, und ich sehe, daß Sie im Garten arbeiten. Ich frage, ob ich Ihnen helfen kann, und ich entscheide, daß Sie einen Zaun brauchen, und ich konstruiere ihn. Am Abend gehen Sie zu sich selbst zurück. Sie laden mich ein, zu Ihnen zu kommen. Ich will Milch trinken, und Sie bringen mir Milch. Ich will in meine Höhle zurückgehen, aber es ist kalt, und Sie laden mich ein, in Ihrem Gästezimmer zu schlafen. Am Morgen bekommen Sie ein Telefon: Sie müssen verreisen. Ich schlafe noch. Sie schreiben mir einen Zettel. Ich mache das Frühstück, wir essen zusammen, nachdem Sie zurückgekehrt sind.“

Während er erzählt, schaut er mich aufmerksam an, während ich gemäß einer Abmachung ihn nicht anschauen darf; er mag nicht, wenn man ihn anschaut. Ich darf ihn nur anschauen, wenn er es mir ausdrücklich erlaubt. Er fährt fort:

„Sie waschen das Geschirr, ich mache mein Bett, dann gehe ich in meine Höhle, Sie können rufen, wenn Sie etwas von mir wollen. Und jetzt rede ich von Ihnen: Sie sind eine ungeheure Schlampe. Sie sind eine Hure. Man müßte Ihnen die Haare ausreißen, eines nach dem andern, und Sie dann in einen Keller werfen. Es gibt jede Sorte von Huren: solche, die sind wie die Nonnen meines Internats, und solche, die mit allen Männern schlafen wollen. Es ist unerträglich, daß meine Schwester eine Prostituierte ist, ich kann es nicht ertragen. Wie muß meine Mutter leiden.“

Ich: „Bekommt es Ihre Mutter mit?“

Er: „Nein, ich bin es, der leidet. Ich bin verantwortlich für meine Schwester. Ich war immer verantwortlich für meine Schwester.“

Ich erkläre ihm, daß es sicher ungeheuer wichtig gewesen sei für seine Schwester, daß er die Verantwortung für sie übernommen hatte, daß sie aber wohl jetzt ihr Leben lebe, daß wir das akzeptieren müßten, auch wenn wir Bedenken hätten, ob das gut sei, was sie mache.

Marcel hatte diese Phantasie zu Hause zwischen der 7. und der 8. Stunde. Er erlaubte sich also Phantasien mit mir von dem Typus der guten nährenden Mutter. Ich gab ihm Milch, und ich hatte einen Garten. Er identifizierte sich mit mir, er wußte, was geschieht, er wußte, was ich benötigte. In seiner Phantasie brauchte ich einen Zaun. Er hatte also das Bedürfnis nach Abgrenzung, vielleicht auch mußte unsere Beziehung geschützt werden, oder wir mußten uns mehr um den Rahmen dieser Beziehung oder eben die Abgrenzung kümmern. Er behielt sich die Möglichkeit vor, sich in eine Höhle zurückzuziehen. Und man kann sich natürlich fragen, warum er gerade dieses Symbol wählt. Die Höhle ist eines der Symbole des Archetypus der Mutter, das Schutz, aber auch Einengung bedeutet, ein Ort der Wandlung, Uterus der Erde. Sein Zu-mir-Kommen wäre ein Weg zur Autonomie. Seine Höhle bezeichnete er als einen kalten Ort, als eine Möglichkeit, Distanz zwischen die lebendige, warme Mutter und sich selbst zu legen. In seiner Phantasie zeigte er auch, daß er mir helfen mußte, damit ich ihm helfe. Helfen, damit geholfen wird, dürfte ein Beziehungserlebnis seiner Kindheit gewesen sein. Das ist natürlich ein Beziehungserlebnis in unserer Gesellschaft ganz allgemein.

Die Idee der möglichen Verschmelzung wird in dieser Phantasie sichtbar, aber er ließ mir immerhin eine gewisse Autonomie, er wagte sogar zu phantasieren, daß ich genug Vertrauen hätte, um wegzugehen und zurückzukommen.

Sieht man die Phantasie im Zusammenhang, dann drückt sich in ihr viel Vertrauen und Nähe aus. Er sieht mich als nährenden Mutter, die auch Autonomie zuläßt. Er zeigt, daß er in dieser Beziehung seine menschlichen Urbedürfnisse abdecken kann, er gibt sich als Beschützer, aber das ist wohl die einzige Möglichkeit für ihn, eine Beziehung aufzubauen.

Nachdem er zu Hause diese Phantasie offenbar ausgeschmückt hatte, kam er damit in die Stunde und sagte mir, daß er überhaupt nicht zufrieden sei mit mir, forderte von mir, hellsichtig zu sein. Hier wird erneut die Spaltung sichtbar. Er hatte nur den guten Aspekt oder die gute Beziehung phantasiert, und ich stelle mir vor, daß er große Angst hatte, daß ich ihn mit seiner Phantasie zurückstoßen könnte oder daß der Wunsch, mit mir als guter Mutter zu fusionieren, zu stark geworden war. Der Zaun könnte also auch ein Zaun gegen die Regression gewesen sein oder auch ein Zaun gegen zu liebevolle Gefühle.

Als wenn er bisher nicht von mir gesprochen hätte – und das ist insofern auch richtig, als ich in diesem Moment im wesentlichen ein Übertragungsobjekt war –, sagte er dann in seinem Dialog: „Und jetzt rede ich von Ihnen.“ Er beschimpfte mich, eine Hure zu sein, was ja schon recht stark ist, der man die Haare einzeln ausreißen sollte – für mich ein sadistisches Bild –; diese Bilder weisen auch darauf hin, daß er auch sexuelle Phantasien mit mir hatte, die er nicht auszudrücken wagte. Indem er mir die Haare ausriß, wollte er mir wohl auch meine erotische Kraft rauben, ich war also in verschiedener Weise bereits sehr gefährlich geworden für ihn.

Ich hatte in meiner Reaktion nicht den Fortschritt interpretiert, der sich in der Phantasie ausdrückte, auch nicht die Spaltung, die in dieser Situation erlebbar war. Vielleicht hätte ich es tun sollen. Da er unvermittelt von seiner Schwester sprach und in diesem Zusammenhang auch noch einmal von einem für ihn sehr beschämenden Geheimnis, nämlich daß seine Schwester eine Prostituierte war –, zeigte, daß er auch die Schwester auf mich projizierte.

In den nachfolgenden Sitzungen spricht er viel und oft von seiner Schwester. Er versucht zu verstehen, warum sie Prostituierte ist. Indem er von ihr spricht, spricht er auch von seinen traurigen Erlebnissen im Heim. Er beschreibt sich als jemand, der in ständiger verzweifelter Wut sich befindet. Einerseits solidarisiere ich mich mit ihm als Wütendem, andererseits machen mich seine Kindheitserfahrungen auch sehr traurig. Einmal habe ich Tränen in den Augen, er nimmt das wohl wahr, und er beginnt zu weinen. Als er das nächste Mal kommt – es war Anfang Dezember – erkundigt er sich, wie lange ich Weihnachten wegginge. Dann bekommt er einen sehr harten Gesichtsausdruck und sagt mir: „Sie haben mich das letzte Mal zum Weinen gebracht. Das geht nicht! Ich kann nicht die Haltung verlieren! Ich werde Sie mit Ketten schlagen! Ich werde Sie mit Ketten binden und Sie schlagen! Ich werde einen Eisenstab nehmen und Sie noch mehr schlagen! Das Blut wird fließen, das Blut wird fließen ... Ich werde Sie vor mir hertreiben, wie man ein Tier vor sich hertreibt ...“

Da unterbreche ich ihn und sage: „Stopp, ich habe genug, ich kann das nicht ertragen!“

Ich habe sehr Angst und bin versucht, meinerseits mit primitiven sadistischen Mitteln zu reagieren, ihn einfach hinauszwerfen. Ich habe Angst um mein Leben. Diese Angst drückt sich in der Phantasie aus, er könne jeden Moment eine Pistole aus seiner Tasche nehmen und mich töten, und ich überlege mir, wie ich ihn entwapfen könne. Während ich mit meinen Phantasien beschäftigt bin, schaue ich ihn an und bemerke, daß sich in seinem Gesicht eine große Angst ausdrückt. Mir wird klar, daß ich ihn schützen muß, denn er hat mindestens soviel Angst vor mir wie ich vor ihm. Ich erkläre ihm, daß wir jetzt seine Wahnsinns- und Zerstörungswut erlebt hätten, und die mache ihm Angst, aber mir auch. In solchen Situationen würde eine ungeheure archaische Angst und Wut belebt, der wir beide recht hilflos ausgeliefert seien. Dann sage ich ihm auch, daß diese Wut und Angst auch dann komme, wenn Zärtlichkeit abgewehrt würde. Ich erkläre ihm, daß er sehr archaisch aggressive und sexuelle Triebe ausgedrückt habe und daß das natürlich sehr große Angst mache, auch mir, daß ich aber der Ansicht sei, unsere Beziehung sei gut genug, daß er seine Phantasien auch ausdrücken könne. Ich müsse aber die Möglichkeit haben, „stopp“ zu sagen.

Darauf Marcel: „Entschuldigen Sie bitte. Wissen Sie, das bin nicht ich, der diese Phantasien gemacht hat. Das ist ein sehr großer Mann, der sie macht.“

Ich: „Können Sie diesen Mann sehen in der Phantasie?“ (Ich füge extra bei: „in der Phantasie“, weil ich den Eindruck habe, daß er die konkrete Situation und Phantasie durcheinanderbringt).

Marcel: „Dieser Mann ist groß, ein bißchen wie ein Riese, sehr ernst, sehr fordernd; er will, daß ich nicht weine, daß ich einen guten Beruf habe, daß ich keine Angst habe, daß ich alles so mache wie die andere jungen Menschen auch.“

Ich: „Sie fühlen sich ziemlich terrorisiert durch ihn?“

Marcel: „Ja, er terrorisiert mich. Er hilft mir nicht. Niemals im Leben hat mir ein Mensch geholfen. Mein Vater war immer betrunken. Ich mußte meine Mutter vor ihm schützen. Er hat mir nicht geholfen. Er war zufrieden, daß ich mit der Mutter war. Als ich 18 war, hat er mir vorgeworfen, keine gute

Arbeit zu haben. Was muß ich tun, wenn dieser Mann mich terrorisiert, und wenn ich dann wieder Sie terrorisiere?“

Ich: „Das nächste Mal sagen Sie mir sofort, wenn dieser Mann anfängt, Sie zu terrorisieren, und wir versuchen dann zu verstehen, was Angst macht. Sie terrorisieren, wenn Sie Angst haben, und Sie haben Angst, wenn Sie fürchten, mich zu verlieren, etwa wenn Weihnachtsferien vor der Tür stehen. Und es macht auch Angst, wenn ich zu nahe komme. Und dann, denke ich, man muß diesen Mann gut hüten, vielleicht können wir ihn zähmen.“

Mein Gefühl der Traurigkeit hatte eine sehr große Nähe zwischen ihm und mir geschaffen, vielleicht auch eine Nähe von ihm zu ihm selbst. Er hatte Angst, von solchen Gefühlen verschluckt zu werden, deshalb machte er eine destruktive Allmachtsphantasie. Meine Intervention war wohl wenig professionell, ich hatte nicht überlegt, ob das wirklich nun der gute Moment war, ihn darauf aufmerksam zu machen, daß ich eine real existierende Person bin außerhalb seines Systems, aber meine Reaktion war die einzig mögliche für mich. Interessant ist seine Reaktion auf meine Intervention. Er machte eine Unterscheidung zwischen seinem Ich und diesem großen Mann, der ihn terrorisiert. Es findet eine Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich statt, eine Trennung, und gleichzeitig fühlt er sich verantwortlich für diesen großen Mann. Vielleicht hätte sich diese Situation anders entwickelt, hätte ich gemerkt, daß dieser Übertragungsangriff eigentlich eine Liebeserklärung war, die er abwehren mußte. Hätte ich ihm das in dieser Situation gedeutet, wäre wohl ein anderer Prozeß in Gang gekommen. Aber mir war das im Moment nicht bewußt.

[...]

Das Gefühl der Nähe einerseits, meine Angst und mein Widerstand gegen diese archaischen Gefühle und mein Weigern, seine Übertragungen anzunehmen, andererseits hatten bei Marcel bewirkt, daß er sich von diesem großen Mann distanzierte, der ihn terrorisierte. Marcel kann immer wieder beschreiben, daß er Angst hat vor diesem Mann, aber wir kommen nicht mehr weiter. Wochenlang sind wir mit diesem Mann beschäftigt, ohne daß etwas Wesentliches geschieht. Ich werde zunehmend unruhiger, versuche, mich mehr auf mich selbst zu konzentrieren und herauszufinden, ob mir nicht ein Einfall kommt. In dieser Situation fällt mir das Märchen von Blaubart ein, und ich erzähle Marcel das Märchen.

Der Einfall eines Märchens in einer bestimmten analytischen Situation ist eine spezielle Form der Gegenübertragung, eine archetypische Gegenübertragung. Mit diesem Einfall deute ich einerseits an, daß ich bereit bin, diesen „inneren“ Mann in einen Zwischenbereich unserer Beziehung anzusiedeln, in einen Bereich, der es uns beiden erlaubt, uns darauf zu beziehen; andererseits wird dadurch die persönliche Geschichte, das persönliche Leiden in einen größeren Zusammenhang hineingestellt. Das persönliche Leid wird gespiegelt in einer Erfahrung, die Menschen schon immer machen mußten. Das Märchen hat zudem den Vorteil, daß in ihm aufgezeigt wird, in welcher Haltung eine entsprechende Problematik – hier das Wirken des Blaubarts – angegangen werden kann. Es stellte sich heraus, daß die Lösung, die das Märchen anbot, sowohl für Marcel als auch für mich ein möglicher Weg war.

Der Blaubart

Es war einmal ein Mann, der besaß schöne Häuser in Stadt und Land, goldenes und silbernes Tafelgeschirr, Möbel und Stickereien und vergoldete Kutschen. Aber unglücklicherweise hatte dieser Mann einen blauen Bart. Das machte ihn so häßlich und abschreckend, daß es keine Frau und kein Mädchen gab, die nicht vor ihm geflohen wäre.

Eine seiner Nachbarinnen, eine Dame aus vornehmerem Stande, hatte zwei wunderschöne Töchter. Der Blaubart erbat sich eine von ihnen zur Frau und überließ es der Mutter, welche von beiden sie ihm geben würde. Beide aber wollten ihn nicht, und eine schob ihn der anderen zu, weil keine sich entschließen konnte, einen Mann mit einem blauen Bart zu heiraten. Außerdem schreckte es sie ab, daß er schon mehrere Frauen geheiratet hatte, und daß niemand wußte, was aus diesen Frauen geworden war.

Um sie näher kennenzulernen, lud der Blaubart die Schwestern ein, mit ihrer Mutter, mit drei oder vier ihrer besten Freundinnen und einigen jungen Leuten aus der Nachbarschaft in eines seiner Landhäuser zu kommen. Volle acht Tage verbrachten sie dort mit Spaziergängen, mit Jagd und Fischfang, mit Tanz und Festmahl, wobei Titel und Würden verliehen wurden. Sie kamen überhaupt nicht zum Schlafen, sondern verbrachten die Nächte mit Scherz und Spiel. Zuguterletzt war es so weit, daß die Jüngste den Bart des Hausherrn schon nicht mehr so blau fand und ihn selbst aller Ehren wert. Sobald sie in die Stadt zurückgekehrt waren, wurde die Hochzeit gefeiert.

Nachdem ein Monat vergangen war, sagte der Blaubart zu seiner Frau, er müsse in einer wichtigen Angelegenheit für mindestens sechs Wochen in die Provinz reisen, und sie möge sich in seiner Abwesenheit gut unterhalten; sie könne sich ihre Freundinnen einladen und mit ihnen aufs Land fahren, wenn sie Lust hätte, und sie solle das beste aus Küche und Keller aufstischen lassen. „Hier sind die Schlüssel“, sagte er dann, „diese sind für die beiden großen Möbelkammern, diese sind für das goldene und das silberne Tafelgeschirr, das nicht alle Tage benutzt wird, diese für die eisernen Truhen, in denen mein Gold und mein Silber aufbewahrt ist, diese für die Kassetten mit meinen Edelsteinen, und dies ist der Hauptschlüssel für alle Gemächer. Und dieser kleine Schlüssel hier, das ist der Schlüssel zu dem kleinen Gemach am Ende des langen Ganges im Erdgeschoß. Ihr dürft alles öffnen und überall hineingehen, nur nicht in dies kleine Gemach. Ich verbiete Euch, es zu betreten, ich verbiete es Euch mit aller Strenge. Solltet Ihr es dennoch tun, würde Euch mein fürchterlichster Zorn treffen.“ Sie versprach, alles, was er ihr befohlen habe, genau zu befolgen. Er umarmte sie, stieg in seine Kutsche und trat seine Reise an.

Die Nachbarinnen und die guten Freundinnen warteten nicht, bis sie eingeladen wurden, die Jungvermählte zu besuchen, denn sie brannten vor Neugier, allen Reichtum des Hauses zu sehen. Solange der Gemahl da war, hatten sie nicht zu kommen gewagt, weil sie sich fürchteten vor seinem blauen Bart. Jetzt aber liefen sie durch die Gemächer, durch Kammern und Kleiderzimmer, von denen die einen immer schöner und prächtiger waren als die anderen. Dann stiegen sie hinauf zu den Möbelkammern, wo des Staunens kein Ende war über die vielen herrlichen Teppiche, die Betten, die Sofas, die Schränke mit den Geheimfächern, die Tische und die Spiegel, in denen man sich von Kopf bis Fuß sehen konnte, mit Rahmen aus Glas, aus Silber und aus vergoldetem Silber, die schönsten und prächtigsten, die man je gesehen hatte. Sie konnten sich nicht genug tun, überschwenglich das Glück ihrer Freundin zu preisen und zu neiden. Die junge Frau jedoch hatte keine rechte Freude beim Anblick all dieser Schätze vor lauter Ungeduld, das kleine Gemach im Erdgeschoß zu öffnen.

Sie war so getrieben von ihrer Neugier, daß sie nicht daran dachte, wie unhöflich es sei, ihre Gäste allein zu lassen; über eine kleine Geheimentreppe eilte sie hinab mit so großer Hast, daß sie sich zwei- oder dreimal fast den Hals gebrochen hätte. Als sie vor der Tür des kleinen Gemaches angelangt war, hielt sie erst einen Augenblick inne und dachte an das Verbot ihres Gemahls und überlegte, daß ihr Ungehorsam sie unglücklich machen könnte. Aber die Versuchung war so groß, daß sie ihr erlag. Also nahm sie den Schlüssel und öffnete zitternd die Tür zu dem Gemach.

Zuerst sah sie nichts, weil die Fensterläden geschlossen waren; nach einigen Augenblicken konnte sie erkennen, daß der Fußboden mit geronnenem Blut befleckt war. Und in diesem Blut spiegelten sich die Leiber mehrerer toter Frauen, die rings an den Wänden festgebunden waren. (Es waren alle Frauen, die der Blaubart geheiratet und eine nach der anderen umgebracht hatte.) Die junge Frau glaubte, vor Furcht zu sterben, und der Schlüssel, den sie aus dem Schloß gezogen hatte, fiel ihr aus der Hand. Nachdem sie ein wenig zur Besinnung gekommen war, hob sie den Schlüssel auf, schloß die Tür wieder ab und stieg in ihr Zimmer hinauf, um sich zu fassen, aber es gelang ihr nicht, zu groß war ihre Erregung. Als sie bemerkte, daß der Schlüssel mit Blut befleckt war, wischte sie ihn zwei- oder dreimal ab, aber das Blut ließ sich nicht beseitigen. Sie mochte ihn noch so oft abwaschen, sie mochte ihn sogar mit Sand und Sandstein scheuern, immer blieb er blutig, denn der Schlüssel war verzaubert, und es gab kein Mittel, ihn völlig zu reinigen: hatte man das Blut auf der einen Seite entfernt, so kam es auf der anderen wieder hervor.

Noch am selben Abend kehrte der Blaubart von seiner Reise zurück. Er sagte, er habe unterwegs Briefe empfangen mit der Nachricht, daß die Angelegenheit, derentwegen er zur Reise aufgebrochen war, sich bereits zu seinen Gunsten entschieden habe. Seine Frau tat, was sie konnte, um ihm zu bezeugen, wie entzückt sie sei über seine schnelle Rückkehr. Am nächsten Morgen verlangte er die Schlüssel zurück. Sie gab sie ihm so zitternd, daß er ohne Mühe erriet, was vorgefallen war. „Wie kommt es“, sagte er, „daß der Schlüssel für das kleine Gemach nicht dabei ist?“ „Ich muß ihn oben auf meinem Tisch gelassen haben“, antwortete sie. „Vergeßt nicht, ihn mir nachher zu geben“, sprach der Blaubart. Sie zögerte es solange wie möglich hinaus, aber schließlich mußte sie ihm den Schlüssel bringen. Als der Blaubart ihn betrachtet hatte, sagte er zu seiner Frau: „Warum ist Blut an diesem Schlüssel?“ „Das weiß ich nicht“, erwiderte die arme Frau, bleicher als der Tod. „Das wißt Ihr nicht?“ rief der Blaubart „aber ich, ich weiß es! Ihr wolltet in das kleine Gemach! Nun, meine Liebe, Ihr sollt hineinkommen und Euren Platz haben neben den Damen, die Ihr dort gesehen habt.“ Sie warf sich weinend ihrem Gemahl zu Füßen und flehte um Gnade und zeigte wahre Reue, daß sie so ungehorsam gewesen war. Sie hätte einen Felsen erweicht, so schön und so verzweifelt wie sie war. Aber des Blaubarts Herz war härter als ein Felsen. „Ihr müßt sterben, meine Liebe, und zwar sofort!“ „Wenn ich denn sterben muß“, antwortete sie und sah ihn tränenüberströmt an, „so gebt mir noch ein wenig Zeit, um zu Gott zu beten.“ „Ich gebe Euch eine halbe Viertelstunde“, erwiderte der Blaubart, „aber nicht einen Augenblick mehr.“

Als sie oben in ihrem Zimmer allein war, rief sie ihre Schwester und sagte: „Meine liebe Anne“, (denn so hieß die Schwester) „bitte steige auf den Turm, um zu schauen, ob unsere Brüder nicht kommen; sie haben mir versprochen, mich heute zu besuchen. Wenn du sie siehst, gib ihnen Zeichen, daß sie sich beeilen.“

Die Schwester stieg auf den Turm hinauf, und die arme Verzweifelte rief ihr von Zeit zu Zeit zu: „Anne, meine Schwester Anne, siehst du nichts kommen?“ Und die Schwester antwortete ihr: „Ich sehe nur die Sonne, die scheint, und das Gras, das grünt.“ Indessen rief der Blaubart, einen großen Hirschfänger in der Hand, aus Leibeskräften nach seiner Frau: „Komm sofort herunter, oder ich komme hinauf!“ „Noch einen Augenblick, bitte“, bat seine Frau und rief leise: „Anne, meine Schwester, siehst du nichts kommen?“ Und die Schwester antwortete: „Ich sehe nur die Sonne, die scheint, und das Gras, das grünt.“ „Komm jetzt sofort herunter“, schrie der Blaubart, „oder ich komme hinauf!“ „Ich komme schon“, erwiderte seine Frau, und dann rief sie: „Anne, meine Schwester, Anne, siehst du nichts kommen?“ „Ich sehe eine große Staubwolke auf uns zukommen“, erwiderte die Schwester. „Sind es die Brüder?“ „Ach nein, liebe Schwester, es ist eine Schafherde.“ „Wirst du endlich herunterkommen?“ brüllte der Blaubart. „Einen Augenblick noch“, erwiderte seine Frau und dann rief sie: „Anne, meine Schwester Anne, siehst du nichts kommen?“ „Ich sehe zwei Reiter auf uns zukommen“, antwortete die Schwester, „aber sie sind noch sehr weit!“ Und gleich darauf: „Gott sei Lob und Dank! Es sind die Brüder! Ich gebe ihnen Zeichen, so gut ich kann, damit sie sich beeilen.“

Da schrie der Blaubart so laut, daß das ganze Haus erzitterte. Die arme Frau stieg hinab und warf sich ihm zu Füßen, in Tränen aufgelöst und mit zerrautem Haar. „Das nützt Euch alles nichts“, sagte der Blaubart, „Ihr müßt sterben.“ Er packte sie mit einer Hand bei den Haaren, mit der anderen erhob er den Hirschfänger, um ihr den Kopf abzuschlagen. Die arme Frau blickte ihn an, Todesangst in den Augen, und bat ihn, ihr einen letzten Augenblick zu gewähren, damit sie sich sammeln könne. „Nein, nein“, sagte er, „befiehl deine Seele Gott.“ Und er holte aus mit dem Arm ... In diesem Augenblick wurde so laut an die Tür geklopft, daß der Blaubart kurz innehielt. Man öffnete, und zwei Reiter stürzten mit dem Degen in der Hand geradenwegs auf den Blaubart zu. Er erkannte die Brüder seiner Frau, den Dragoner und den Musketier, und ergriff sofort die Flucht, um sich zu retten. Aber die Brüder blieben ihm auf den Fersen und stellten ihn, bevor er die Freitreppe erreichen konnte. Sie durchbohrten ihn mit ihren Degen und ließen ihn tot liegen.

Die arme Frau war fast so tot wie ihr Mann. Sie hatte nicht mehr die Kraft, sich aufzurichten, um ihre Brüder zu umarmen.

Es stellte sich heraus, daß der Blaubart keine Erben hatte, und so fiel sein ganzer Reichtum seiner Frau zu: Einen Teil davon verwendete sie dazu, ihre Schwester Anne mit einem jungen Edelmann zu vermählen, den sie seit langem liebte, von einem anderen Teil erwarb sie für ihre beiden Brüder den Hauptmannsrank, und den Rest brachte sie selbst einem höchst ehrenwerten Mann mit in die Ehe, der sie die schlimme Zeit vergessen ließ, die sie mit dem Blaubart verbracht hatte.

Der Analysand hörte – eigentlich ganz gegen seine Gewohnheit, normalerweise mochte er es nicht, wenn ich sprach – sehr aufmerksam zu und sagt am Schluß, das sei seine Geschichte. Das sei genau sein Blaubart, mit dem er immer zu kämpfen habe. Sehr bald findet er heraus, daß es eigentlich die Brüder sind am Ende des Märchens, die ihn bekämpfen könnten. Marcel betont zwar, daß sein großer Mann keinen blauen Bart habe, aber er könnte mit Leichtigkeit einen blauen Bart haben. Dadurch daß wir Blaubart auf diese männliche Figur beziehen, ist natürlich eine Deutungsperspektive in diesem Märchen sehr klar angesprochen. Es geht darum, diesem Blaubart das Handwerk zu legen. Betrachtet man das Ende, bei dem die Brüder Blaubart stellen und ihn zu Tode bringen, dann geht es bei dieser Deutungsperspektive darum, Destruktivität in tatkräftige Aggressivität überzuführen. Diese Deutungsperspektive ist für den Analysanden wichtig. Ihm fällt auf, daß Blaubart ein sehr mächtiger Mann sein mußte, auch ein sehr reicher Mann, daß aber die Frauen bei ihm es nicht aushalten können. Marcel spürt, daß die Phantasien, die er sich schon gemacht hatte, den Phantasien, wie sie in Blaubart beschrieben sind, gleichen. In der Projektion auf das Märchen kann er wesentlich besser zu seinen Phantasien stehen und sich auch damit auseinandersetzen. Er findet diesen Blaubart sadistisch. Die Frauen, die sich mit ihm einließen, verurteilt er zutiefst, denn sie taten es ja nur des Geldes wegen. Was zu Beginn des Märchens deutlich ausgedrückt ist, daß nämlich die Frauen zunächst alle ein schlechtes Gefühl haben und sich nicht auf Blaubart einlassen wollen, daß sie aber dieses schlechte Gefühl nicht ernst nehmen, das spürt Marcel: und er ist hin- und hergerissen, ob er eine Wut haben sollte auf diese Frauen oder bloß eine Wut auf Blaubart. Wir sprechen darüber, daß Blaubart seine Frauen erst dann zerstückelte, wenn sie sein Geheimnis kannten. Marcel ist darüber sehr aufgebracht und sagt, er würde jeden töten, der seine Geheimnisse kenne; es wäre für ihn sehr wichtig, seine Geheimnisse zu bewah-

ren. Er wird ganz aufgeregt bei der Idee, daß jemand hinter seine Geheimnisse kommen könnte. Ich betone, wir würden ja von Blaubart sprechen, nicht von ihm. Marcel beruhigt sich.

Das Märchen bewirkte so etwas wie eine Triangulierung: Probleme, die zuvor sich in unserer Beziehung ausgedrückt hatten, konnten nun in der Projektion auf das Märchen gesehen werden, dort angesprochen und gerade so weit als eigene Problematik erkannt werden, als Marcel es aushielt.

Die Arbeit am Märchen begleitet uns etwa ein halbes Jahr lang. Wir sprechen immer einmal wieder von seinem Alltagsleben, von seiner Lehre, die er angefangen hat, und immer wieder bruchstückhaft wird das Blaubartmärchen beigezogen. Marcel stellt Überlegungen dazu an, spricht immer einmal wieder von den Leichen, sieht sich selbst zerstückelt, spricht auch ab und zu davon, daß ihm Frauen wohl sehr viel Angst machen müßten, daß er sie zerstückeln müsse.

Nach einigen Wochen werden diese Leichen uninteressant, und er beginnt, sich für die Verhaltensweise der jüngsten Tochter zu interessieren. Mir war schon seit einiger Zeit deutlich geworden, daß ich in der Haltung dieser jungen Frau war, die sich nicht mehr mit Blaubart verwickelte, sondern sich an eine andere Kraft wandte und auf die Brüder hoffte. Ich erlebte das so – und auch das ist eine Art der Gegenübertragung –, daß mir der zweite Teil des Märchens immer sehr gegenwärtig war, auch wenn Marcel von Blaubart und den Leichen sprach; daß ich also immer sozusagen wußte, daß die Frau sich da nicht verwickeln durfte, aber auch nicht naiv sein durfte, was die Destruktivität des Blaubarts betrifft.

In unserer Variante wendet sich die Heldin an die Schwester. Die Schwester wäre die Seite in ihr, die nicht im Banne dieses Blaubart steht, und diese Schwester ist nur die Mittlerin zu den streitbaren Brüdern. Diese Passage war mir immer gegenwärtig und half mir und wohl auch dem Analysanden, diese Blaubartthematik überhaupt auszuhalten.

Die Arbeit mit dem Märchen – und das tut Arbeit mit dem Märchen eigentlich immer – bewirkte, daß er sich mit seinem Problem auseinandersetzen konnte, daß er sich aber gleichzeitig auch so weit von ihm distanzieren konnte, daß es ihn nicht lähmte.

Als er sich für die Frau des Blaubarts zu interessieren beginnt, bitte ich Marcel, sich die Sonne, die scheint, und das Gras, das grünt, vorzustellen. Er kommt dann selber darauf, daß hier ein ungeheurer Gegensatz zur Todeskammer im Schloß unten besteht. Der Ausdruck „Todeskammer“ wurde von ihm geprägt; er erschien mir sehr sinnvoll, denn im Blaubart versteckt sich natürlich auch ein Totengott, in der Destruktivität von Marcel eine Todesangst. Indem wir das Märchen auf die individuelle Problematik des Analysanden beziehen, wird diese Komponente „Blaubart als Totengott“ nicht in Betracht gezogen. Ich bitte ihn, abwechselnd das Gras, das wächst, und die Sonne, die scheint, zu sehen und Blaubart, der sein Messer wetzt. Es gelingt ihm, sich beide Bilder vorzustellen und die Spannung auszuhalten. Bald weiden in der Imagination dann die Brüder belebt, die er mit großer Liebe immer wieder schildert. Das Erscheinen dieser Brüder – von ihm heiß ersehnt – signalisiert einen wichtigen Umschlagspunkt. Als es ihm in der Phantasie gelingt, die Brüder Blaubart auf der Freitreppe stellen und töten zu lassen, ist er überzeugt, daß er Blaubart in sich auch erledigt habe.

In der Zeit, in der wir am Märchen arbeiteten, erfolgten kaum mehr Übertragungsangriffe, d. h. wenn ich ihm etwas zu nah kam mit einer Aussage und er die Stirne runzelte oder seinen bestimmten Ton in der Stimme bekam, verwies ich ihn auf das Märchen.

Ein symbolischer Prozeß, wie er in einem Märchen ausgedrückt ist, kann die Funktion eines Übergangsobjekts haben. Die Arbeit am Märchen kann die Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin entlasten, beide schauen dann nicht mehr aufeinander, sondern gemeinsam auf ein Drittes hin, was gerade in diesem Fall sehr sinnvoll schien, da dieser destruktive Mann angeschaut und auch verändert werden mußte. Die Arbeit am Märchen kann aber auch als ein Bemühen verstanden werden, das auf etwas verweist, was hinter dieser Beziehung steht, was hinter alltäglicher, konkreter Realität steht, letztlich eben auf einen tragenden Urgrund, der im Symbol zugänglich ist, besonders auch in den symbolischen Prozessen, wie sie im Märchen ausgedrückt sind. Ich sehe in diesem Zusammenhang die tragenden Elemente des kollektiven Unbewußten, die uns in Märchen und Mythen zugänglich werden und die wir Menschen zur Verfügung stellen können, um ein Problem aufzuarbeiten. Diese Arbeit hat auch eine Wirkung auf die Struktur des Ichs.

Die Therapie gerät in der folgenden Zeit in etwas ruhigere Gewässer. Die Brüder aus dem Märchen Blaubart sind für Marcel weiterhin sehr wichtig. Er überlegt sich, wie ihm diese Brüder helfen könnten, wie sich diese Brüder in bestimmten Situationen benehmen könnten, und manchmal gelingt es ihm, statt destruktiv angriffzig zupackend zu sein, und er freut sich darüber.

Auch bei diesem Beispiel wird deutlich, daß mein Einfall, ein Märchen beizubringen, das dem Analysanden die Möglichkeit bot, sehr viel von seinen inneren Konflikten zu bearbeiten, aber auch neue Perspektiven des Verhaltens zu entwickeln, eng mit turbulenten Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozessen zusammenhängt, wie es für Menschen mit einer Borderlineorganisation typisch ist.

Bei diesen drei exemplarischen Fällen wird deutlich, daß Situationen, in denen wirklich Veränderung erfahrbar wird im therapeutischen Prozeß, wir es auch mit neuen Symbolbildungen zu tun haben. Diese stehen indessen in deutlichem Zusammenhang mit speziellen Übertragungs- und Gegenübertragungssituationen als einem wesentlichen Aspekt der therapeutischen Beziehung. [...] Prozesse der Symbolbildung und Beziehungsprozesse verschränken sich in der therapeutischen Beziehung. Somit wird auch an praktischen Fällen aus der therapeutischen Arbeit deutlich, wie wesentlich die Aussage von Jung ist: „Der Individuationsprozeß (... ist) einerseits ein interner, subjektiver Integrationsvorgang, andererseits aber ein ebenso unerläßlicher objektiver Beziehungsvorgang.“

Beispiel 5.1: Der Orgasmusreflex – Eine Krankengeschichte

Das Originalbeispiel von Reich verdeutlicht anhand der vegetotherapeutischen Behandlung eines 27-jährigen, alkoholabhängigen Mannes verschiedene seiner Kernkonzepte:

- den „Charakterpanzer“ und den damit als körperliche Symptomatik korrespondierenden „Muskelpanzer“,
- die daraus resultierende Körperarbeit,
- die „orgastische Potenz“ als Liebes- und Hingabefähigkeit.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Kapitel:

- 5.3 Seelische Gesundheit und Energie
- 5.6 Körperpanzer und Körperarbeit

Quelle

Reich, Wilhelm (1983). Die Entdeckung des Orgons. Die Funktion des Orgasmus.

Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag (S. 233–248).

Mit freundlicher Genehmigung.

Ich wähle zur Darstellung der direkten Lösung der sexuellen (vegetativen) Energien aus den krankhaften muskulären Haltungen einen Fall, bei dem es besonders gut und rasch gelang, die orgastische Potenz herzustellen. Ich möchte voranschicken, daß dieser Fall als Musterfall keinen Anspruch erhebt, die durchschnittlich großen Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Orgasmusstörungen vorzuführen.

Ein 27-jähriger Mann, Techniker, suchte mich wegen seiner exzessiven Trunksucht auf. Er litt darunter, daß er dem Drange, sich fast täglich schwer zu besaufen, nachgeben mußte; er befürchtete den vollkommenen Ruin seiner Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Wenn er mit seinen Freunden zusammenkam, war er rettungslos dem Suff hingegeben. Er lebte in einer äußerst unglücklichen Ehe. Seine Frau war eine recht komplizierte Hysterikerin, die ihm das Leben nicht leicht machte: es war sofort zu sehen, daß die Misere seiner Ehe ein wichtiges Motiv der Flucht in den Alkoholismus bildete. Er beklagte sich ferner, daß er „das Leben nicht fühlte“. Trotz der unglücklichen Ehe brachte er es nicht fertig, sich mit einer anderen Frau zu liieren. Seine Arbeit freute ihn nicht, er vollführte sie mechanisch, unlebendig, ohne jedes Interesse. Er behauptete, daß er, wenn das so weiterginge, in Kürze zusammenbrechen müßte. Dieser Zustand dauerte bereits viele Jahre und hatte sich in den letzten Monaten beträchtlich verschlechtert.

Von ernsten pathologischen Eigenheiten fiel auf, daß er keiner Aggression fähig war. Er spürte in sich den Zwang, immer „nett und höflich“ zu sein, alles zu bejahen, was die Menschen sagten, auch wenn es sich um völlig entgegengesetzte, einander widersprechende Meinungen handelte. Er litt unter der Oberflächlichkeit, die ihn beherrschte. Er konnte sich keiner Sache, keinem Gedanken, keiner Arbeit wirklich ernst hingeben. Seine arbeitsfreie Zeit verbrachte er in Kaffeehäusern und Restaurants mit öden, nichtssagenden Gesprächen und Witzeleien. Er spürte zwar, daß es sich um eine krankhafte Haltung handelte, doch zu diesem Zeitpunkt war ihm die krankhafte Bedeutung dieser Züge noch nicht voll bewußt. Er litt an der weitverbreiteten Krankheit, die als falsch verstandene kontaktlose Sozialität zum starren Zwang wird und viele Menschen innerlich verodet.

Sein Gesamtwesen fiel dadurch auf, daß er sich unsicher bewegte, forciert breit einerschritt, so daß der Gang etwas Klobiges an sich hatte. Die körperliche Haltung war nicht straff, sondern drückte Ergebenheit aus, als ob er ständig auf der Hut wäre. Sein Gesichtsausdruck war leer und ohne besondere Note. Die Haut des Antlitzes glänzte leicht, war straff gespannt und wirkte wie eine Maske. Seine Stirn schien „flach“. Der Mund wirkte klein, verkrampft und wurde beim Sprechen kaum bewegt; die Lippen waren schmal wie zusammengepreßt. Die Augen waren ausdruckslos.

Trotz dieser offenbar schweren Schädigung seiner vegetativen Beweglichkeit spürte man ein sehr lebhaftes, intelligentes Wesen dahinter. Dem war es wohl auch zuzuschreiben, daß er mit großer Energie die Beseitigung seiner Beschwerden durchzusetzen versuchte.

Die darauf folgende Behandlung dauerte im ganzen 6½ Monate bei täglich einstündiger Sitzung. Ich will versuchen, die wichtigsten Etappen des Verlaufs darzustellen:

Gleich in der ersten Sitzung stand ich vor der Frage, ob ich seine psychische Zurückhaltung oder seinen sehr auffällenden Gesichtsausdruck zuerst zur Lösung vornehmen sollte. Ich entschloß mich, das zweite zu tun und es dem weiteren Gang der Behandlung zu überlassen, wann und in welcher Form ich die Lösung seiner psychischen Zurückhaltung durchführen sollte. Nach konsequenter Beschreibung der verkrampften Haltung seines Mundes

stellte sich ein erst schwaches, dann immer stärker werdendes klonisches Zittern der Lippen ein. Er war von der Unwillkürlichkeit dieses Zitterns überrascht und wehrte sich dagegen. Ich forderte ihn auf, jedem Impuls nachzugeben. Die Lippen begannen daraufhin, sich rhythmisch vorzustülpen und in der Vorstülpung wie in einem tonischen Krampf einige Sekunden zu verharren. Dabei nahm sein Gesicht unverkennbar den Ausdruck eines Säuglings an. Der Patient wurde davon überrascht; er wurde ängstlich und fragte mich, wohin denn das führen könnte. Ich beruhigte ihn und ersuchte ihn nur darum, jeder Regung konsequent nachzugeben und mir jede verspürte Hemmung eines Impulses mitzuteilen. In den nächstfolgenden Sitzungen wurden die verschiedenen Erscheinungen im Gesicht immer deutlicher, und sie weckten allmählich das Interesse des Kranken. Das müßte doch etwas Besonderes zu bedeuten haben, meinte er. Sehr merkwürdig war, daß er dabei psychisch nicht berührt schien, vielmehr nach einer derart klonischen oder tonischen Erregung seines Gesichts ruhig mit mir sprechen konnte. In einer der nächstfolgenden Stunden steigerte sich das Zucken des Mundes zu verhaltenem Weinen. Er stieß dabei Laute aus, die wie das Aufbrechen eines lange verhaltenen schmerzvollen Schluchzens klangen. Meine stete Aufforderung, jeder muskulären Regung nachzugeben, hatte Erfolg. Die beschriebene Aktivität des Gesichts komplizierte sich nunmehr. Sein Mund verzog sich zwar zu einem krampfhaften Weinen; doch dieser Ausdruck löste sich nicht in Weinen auf, sondern ging zu unserer Überraschung in einen verzerrten Wutausdruck über. Dabei verspürte aber der Patient sonderbarerweise nicht die geringste Wut, obgleich er unmittelbar wußte, daß es Wut war.

Wenn sich diese muskulären Aktionen besonders steigerten, so daß das Gesicht blau wurde, dann wurde er ängstlich und unruhig. Er wollte immer wieder wissen, wohin das führte und was wohl mit ihm da geschähe. Ich begann nun, ihn darauf aufmerksam zu machen, daß die Angst vor einem unerwarteten Geschehnis völlig seiner allgemeinen charakterlichen Haltung entsprach, daß er von einer unbestimmten Angst vor Unerwartetem, plötzlich über ihn Hereinbrechendem beherrscht war.

Da ich die konsequente Verfolgung einer einmal in Angriff genommenen körperlichen Verhaltensweise nicht preisgeben wollte, mußte ich mir erst klar darüber werden, in welcher Beziehung seine muskulären Gesichtsaktionen zu seiner allgemeinen charakterlichen Abwehrhaltung standen. Wäre die muskuläre Verkrampfung nicht so deutlich gewesen, so hätte ich zunächst die charakterliche Abwehr bearbeitet, die sich mir in Form seiner Zurückhaltung darbot. Mir drängte sich nun die Überlegung auf, daß der psychische Konflikt, der ihn beherrschte, offenbar aufgeteilt war. Die Abwehrfunktion war in diesem Zeitpunkt von seiner allgemeinen psychischen Zurückhaltung ausgeübt, während das, *was* er abwehrte, also die vegetative Erregung, sich in den Muskelaktionen des Gesichts erschloß. Rechtzeitig genug fiel mir ein, daß ja schon in der muskulären Haltung nicht nur der abgewehrte Affekt, sondern auch die Abwehr repräsentiert war. Die Kleinheit und Verkrampftheit seines Mundes konnte ja nichts anderes sein als der Ausdruck des *Gegenteils*, des *vorgestülpten*, zuckenden, weinenden Mundes. Mir lag nun daran, das Experiment der Zerstörung der Abwehrkräfte nicht von der psychischen, sondern von der muskulären Seite her konsequent durchzuführen.

Ich bearbeitete also sämtliche Muskelhaltungen des Gesichts, von denen ich annehmen durfte, daß sie Verkrampfungen, das heißt hypertonische Abwehr der entsprechenden muskulären Aktionen darstellten. Es dauerte einige Wochen, bis sich die Aktionen der Gesichts- und der Halsmuskulatur zu folgendem Bild steigerten: Die Verkrampfung des Mundes wich zunächst einem klonischen Zucken und ging dann in ein Mundspitzen über. Dieses Mundspitzen löste sich in ein Weinen auf, das aber nicht voll ausbrach. Das Weinen wieder machte einer ungeheuer starken Wutreaktion im Gesichte platz. Dabei verzerrte sich der Mund, die Kiefermuskulatur wurde bretthart gespannt, die Zähne knirschten. Es kamen weitere Ausdrucksbewegungen hinzu. Der Patient richtete sich auf dem Sofa halb auf, schüttelte sich vor Wut, hob die Faust an der bretthart gespannten rechten Hand wie zu einem Faustschlag hoch, *ohne jedoch den Schlag auszuführen*. Dann sank er ermattet zurück, weil ihm der Atem ausgegangen war; das Ganze löste sich in wimmerndes Weinen auf. Diese Aktionen drückten „ohnmächtige Wut“ aus, wie sie oft von Kindern Erwachsenen gegenüber erlebt wird.

Nachdem der Anfall abgeklungen war, sprach er seelenruhig, als ob nichts geschehen wäre, über das Vorgefallene. Es war klar: An irgendeiner Stelle mußte die Verbindung zwischen seiner vegetativen muskulären Erregung und der psychischen Empfindung dieser Erregung unterbrochen sein. Ich besprach mit ihm natürlich ständig nicht nur die Folge und den Inhalt seiner muskulären Aktionen, sondern auch die merkwürdige Erscheinung seiner psychischen Verschllossenheit demgegenüber. Was uns beiden besonders auffiel, war, daß er trotz der psychischen Unangegriffenheit unmittelbar die Funktion und den Sinn seiner Anfälle begriff. Ich brauchte sie ihm gar nicht zu deuten. Im Gegenteil, er überraschte mich immer wieder durch Aufklärungen über seine Anfälle; die ihm *unmittelbar evident* waren. Dieser Tatbestand war sehr erfreulich. Ich erinnerte mich an die vielen Jahre mühevoller Symptomdeutungsarbeit, in denen man aus Einfällen oder aus Symptomen eine Wut oder eine Angst erschloß und dann durch Monate und Jahre versuchte, sie dem Kranken auch nur einigermaßen nahezubringen. Wie selten und wie wenig effektiv gelang es doch damals, über ein bloß intellektuelles Verständnis hinauszugehen.

kommen. Ich durfte mich also freuen, daß der Kranke ohne jede Erklärung meinerseits ganz unmittelbar den Sinn seiner Aktion spürte. Er wußte, daß er eine ungeheure Wut zum Ausdruck brachte, die er jahrzehntlang in sich verschlossen hatte. Die psychische Gefühlssperre fiel, als ein Anfall die Erinnerung an seinen älteren Bruder, der ihn als Kind sehr beherrscht und malträtiert hatte, hervorrief.

Er verstand nun ganz von selbst, daß er damals seine Wut gegen seinen Bruder, der von seiner Mutter besonders geliebt worden war, unterdrückt hatte. Er entwickelte zur Abwehr eine Nettigkeit und eine Liebe zum Bruder, die mit seinen wahren Empfindungen in heftigstem Streite standen. Er hatte sich's mit der Mutter nicht verderben wollen. Die Wut nun, die damals nicht zum Ausbruch gekommen war, stieg jetzt in den Aktionen auf, als ob die Jahrzehnte ihr nichts hätten anhaben können.

An dieser Stelle müssen wir einen Augenblick verweilen und uns die psychische Situation klarmachen, mit der wir es hier zu tun haben. Analytiker, die die alte Symptomdeutungstechnik ausüben, wissen, daß sie an den psychischen Erinnerungen angreifen und es mehr oder minder dem Zufall überlassen müssen, ob

- 1) auch die entsprechenden Erinnerungen an frühere Erlebnisse auftauchen,
- 2) die auftauchenden Erlebnisse auch tatsächlich diejenigen sind, an denen sich die heftigsten und für das künftige Leben wesentlichsten Erregungen entfacht hatten.

In der Vegetotherapie bringt dagegen das vegetative Verhalten notwendigerweise die Erinnerung hervor, die für die Entwicklung des neurotischen Charakterzugs entscheidend war.

Es ist bekannt, daß der Angriff von den psychischen Erinnerungen allein her diese Aufgabe in einem höchst unvollständigen Maße leistet; man erkennt, daß sich die Mühe an Zeit und Energie nicht lohnt, wenn man am Ende einer jahrelangen Behandlung dieser Art die Veränderung des Patienten betrachtet. Die Fälle, bei denen es gelingt, unmittelbar an die muskuläre Bindung der vegetativen Sexualenergie heranzukommen, produzieren den Affekt, ehe sie wissen, um welchen Affekt es sich handelt. Dazu kommt ferner, daß sich die Erinnerung an das Erlebnis, das den Affekt zuerst produzierte, automatisch ohne jede Bemühung nachträglich einstellt; wie etwa in unserem Fall die Erinnerung an die Situation mit dem Bruder, der von der Mutter vorgezogen wurde. Auf diesen Tatbestand kann nicht eindringlich genug hingewiesen werden; er ist ebenso wichtig wie typisch: Es ist nicht so, daß eine Erinnerung unter Umständen einen Affekt nach sich zieht, sondern die Konzentration einer vegetativen Erregung und deren Durchbruch reproduziert die Erinnerung. Freud betonte immer, daß man in der Analyse nur mit „Abkömmlingen des Unbewußten“ zu tun hätte, daß sich das Unbewußte wie ein „Ding an sich“ verhalte, das heißt, nicht wirklich faßbar wäre. Diese Behauptung war richtig, doch nicht absolut. Wir müssen hinzufügen, daß mit der damals ausgeübten Methode das Unbewußte nur in seinen Abkömmlingen zu erschließen und nicht in seiner eigentlichen Gestalt zu fassen war. Heute gelingt es uns, mit dem direkten Angriff auf die Bindung der vegetativen Energie, das Unbewußte nicht in seinen Abkömmlingen, sondern in seiner Wirklichkeit zu erfassen. Unser Patient erschloß nicht etwa aus verschwommenen, wenig affektbesetzten Einfällen seinen Haß gegen den Bruder, sondern er benahm sich so, wie er sich damals in der Situation hätte benehmen müssen, wenn seinem Haß gegen den Bruder nicht die Angst vor dem Verlust der Mutterliebe entgegengestanden hätte. Mehr: wir wissen, daß es kindliche Erlebnisse gibt, die niemals bewußt geworden waren. Aus der späteren Analyse unseres Patienten geht hervor, daß ihm wohl intellektuell sein Neid auf den Bruder bewußt gewesen war, niemals jedoch das Ausmaß und die Intensität der Wut, die er in Wirklichkeit in sich mobilisiert hatte. Nun ist, wie wir wissen, ein psychisches Erlebnis in seinen Wirkungen nicht durch seinen Inhalt bestimmt, sondern durch das Maß an vegetativer Energie, das durch dieses Erlebnis mobilisiert wird. Bei der Zwangsneurose etwa sind sogar Inzestwünsche bewußt, aber wir behaupten dennoch, daß sie „unbewußt“ wären, denn sie haben ja den Affektgehalt verloren; und wir haben alle erfahren, daß es bei der Zwangsneurose auf die übliche Art nicht gelingt, den Inzestwunsch anders als in intellektueller Form bewußt zu machen. Das bedeutet aber in Wahrheit, daß die Behebung der Verdrängung *nicht* gelang. Um das Gesagte zu illustrieren, wenden wir uns den weiteren Vorkommnissen in dieser Behandlung zu.

Je intensiver die muskulären Aktionen des Gesichts wurden, desto mehr breitete sich die körperliche Erregung, noch immer unter vollkommener Absperrung von der psychischen Bearbeitung, gegen Brust und Bauch hin aus. Nach einigen Wochen berichtete der Patient, daß er im Verlaufe der Zuckungen der Brust, besonders aber wenn sich diese lösten, „Strömungen“ nach dem Unterbauch hin verspürte. In diesen Tagen zog er von seiner Frau weg in der Absicht, sich mit einer anderen Frau zu liieren. Doch im Verlaufe der nächsten Wochen zeigte es sich, daß die beabsichtigte Liierung ausblieb. Das fiel dem Kranken zunächst gar nicht auf. Erst als ich ihn darauf aufmerksam machte, versuchte er nach einigen harmlos scheinenden Erklärungen, sich dafür zu interessieren; doch man merkte deutlich, daß er einer inneren Sperrung unterworfen war, diese Frage auch wirklich affektiv zu behandeln. Da es in der charakteranalytischen Arbeit nicht üblich ist, Themen, auch wenn sie sehr aktuell sind, zu behandeln, wenn der Kranke nicht von selbst mit voller Affektivität dazu gelangt, schob ich die Angelegenheit auf und verfolgte weiter die Linie, die die Ausbreitung seiner muskulären Aktionen mir vorschrieb.

Der tonische Krampf brethart werdender Muskulatur breitete sich also auf Brust und Oberbauch aus. Es war, als ob ihn in solchen Anfällen eine innere Kraft gegen seinen Willen von der Unterlage weg hob und hochhielt. Es war eine ungeheure Anspannung der Bauchdecken- und Brustmuskulatur. Es dauerte ziemlich lange, bis ich verstand, weshalb eine weitere Ausbreitung nach unten ausblieb. Ich hatte erwartet, daß die vegetative Erregung nunmehr vom Bauch her auf das Becken übergreifen würde, doch das blieb aus. An dessen Stelle traten lebhaft klonische Zuckungen der Beinmuskulatur und eine ungeheuerere Steigerung des Patellarreflexes auf. Zu meinem größten Erstaunen teilte mir der Patient mit, daß er die Zuckungen der Beinmuskulatur äußerst angenehm empfand. Ich mußte dabei unwillkürlich an die epileptischen Klonismen denken und fand meine Auffassung bestätigt, daß es sich bei den epileptischen und epileptiformen Muskelzuckungen um Angstlösungen handelt, die nur angenehm (*lustvoll*) empfunden werden können. Es gab Zeiten in der Behandlung meines Kranken, in denen ich nicht ganz sicher war, ob ich nicht eine richtige Epilepsie vor mir hatte. Äußerlich zumindest waren die Anfälle des Patienten, die tonisch angingen und sich gelegentlich klonisch auflösten, nur sehr wenig von den epileptischen Anfällen zu unterscheiden. Ich hebe hervor, daß in diesem Stadium nach etwa dreimonatiger Behandlung die Muskulatur des Kopfes, der Brust und des Oberbauches mobilisiert waren, ebenso die der Beine, besonders Knie- und Oberschenkelmuskulatur. Unterbauch und Becken waren und blieben unbewegt. Auch die Spaltung zwischen den muskulären Aktionen und ihrer Wahrnehmung durch das Ich hielt sich konstant. Der Patient wußte vom Anfall. Er konnte dessen Bedeutung erfassen, aber er spürte den Affekt des Anfalls nicht. Die Hauptfrage war nun wie früher: Was steht dazwischen? Es wurde immer klarer, daß der Patient sich dagegen wehrte, das Ganze in allen seinen Teilen zu erfassen. Wir wußten beide: *Sein Ich war sehr vorsichtig*. Die Vorsicht äußerte sich nicht nur in seiner psychischen Haltung. Nicht nur darin, daß er mit seiner Nettigkeit und seiner Anpassung an die Erfordernisse der Arbeit immer nur bis zu einer bestimmten Grenze ging und sich irgendwie abweisend oder kalt machte, wenn die Arbeit bestimmte Grenzen überschritt. Diese „Vorsicht“ war auch in seiner muskulären Aktivität enthalten, also sozusagen doppelt festgehalten. Er selbst beschrieb und erfaßte den Tatbestand in der Weise, daß er einen Knaben darstellte, den ein Mann verfolgte und prügeln wollte. Dabei machte er einige ausweichende Schritte, sah ängstlich nach hinten und zog das Gesäß nach vorn, wie um es dem Verfolger zu entziehen. In üblicher analytischer Sprache hätte man da gesagt: Hinter dem Prügeln steht wohl die Angst vor dem homosexuellen Angriff. Der Patient war tatsächlich etwa 1 Jahr in einer Symptomdeutungsanalyse gewesen, in der ständig seine passive Homosexualität gedeutet worden war. „An sich“ war das richtig gewesen, doch vom Standpunkt der heutigen Einsichten muß man sich sagen, daß dieses Deuten keinen Sinn gehabt hatte; denn wir sehen, was alles bisher im Patienten einer wirklich affektiven Erfassung dieses Tatbestandes widersprach: seine charakterliche Vorsicht und die muskuläre Bindung seiner Energie, die ja noch lange nicht gelöst waren. Ich fing nun an, seine Vorsicht nicht vom Psychischen her, wie ich sonst in der Charakteranalyse es zu tun pflege, sondern vom Körperlichen her zu behandeln; so zum Beispiel zeigte ich ihm immer wieder, daß er zwar seine Wut in seinen muskulären Aktionen zum Ausdruck brachte, aber niemals die Aktion fortsetzte, niemals die geballte und erhobene Faust auch wirklich niedersausen ließ. Es zeigte sich einige Male, daß in dem gleichen Augenblick, wenn die Faust aufs Sofa niedersausen wollte, die Wut verschwunden war. Ich konzentrierte nunmehr die Arbeit auf die Bremsung der Vollendung der muskulären Aktion, immer von dem Gesichtspunkt geleitet, daß er in dieser Bremsung eben seine Vorsicht zum Ausdruck brachte. Nach einigen Stunden konsequenter Bearbeitung der Abwehr der muskulären Aktion fiel ihm plötzlich folgende Episode aus seinem 5. Lebensjahr ein: Als kleiner Junge wohnte er an einem felsigen Strand, der steil zum Meere abfiel. Er war äußerst lebhaft und damit beschäftigt, am Rande des Felsens ein Feuer anzulegen, und spielte derart selbstvergessen damit, daß er in Gefahr stand, ins Meer zu stürzen. Die Mutter erschien in der Türe des einige Meter entfernten Hauses, erblickte, was er tat, erschrak und versuchte ihn vom Felsen wegzubringen. Sie kannte ihn als motorisch äußerst lebhaften Jungen und war gerade deshalb sehr ängstlich. Sie lockte ihn nun mit den freundlichsten Tönen und mit Versprechungen, ihm Süßigkeiten zu geben, an sich heran. Als er dem nachgab, verprügelte sie ihn furchtbar. Dieses Erlebnis hatte auf ihn einen großen Eindruck gemacht, doch jetzt verstand er es im Zusammenhang mit seiner abwehrenden Haltung Frauen gegenüber und seiner Vorsicht, die er in der Behandlung darbot. Doch damit war die Sache nicht erledigt. Die Vorsicht blieb, wie sie war. Eines Tages erzählte er in der Pause zwischen zwei Anfällen humorvoll folgenden Tatbestand. Er war ein begeisterter Forellenfänger. Er beschrieb die Lust beim Forellenfängen sehr eindrucksvoll; er vollführte die entsprechenden Bewegungen, beschrieb, wie man die Forelle erblickt, wie man die Angel auswirft; er hatte dabei einen ungeheuer gierigen, fast sadistischen Ausdruck im Gesicht. Es fiel auf, daß er zwar den gesamten Vorgang genau beschrieb, doch ein Detail ausließ, nämlich den Augenblick, in dem die Forelle in die Angel hineinbeißt. Ich verstand den Zusammenhang, sah jedoch, daß ihm die Auslassung nicht auffiel. In üblicher analytischer Technik hätte man ihm den Zusammenhang mitgeteilt oder ihn dazu ermuntert, ihn selbst zu erfassen. Doch mir lag gerade daran, das Nichtschildern des Gefangenwerdens und die Motive der Auslassung zunächst herauszubekommen. Es dauerte ungefähr vier Wochen, bis sich Folgendes abspielte: Die Zuck-

kungen im Körper verloren immer mehr den krampfhaften tonischen Charakter. Auch der Klonus wurde geringer, und es traten eigenartige *Zuckungen am Bauch auf*; sie waren mir nicht neu, denn ich hatte sie bei vielen anderen Patienten gesehen, doch nicht in dem Zusammenhang, der sich mir nun erschloß. *Der Oberkörper zuckte nach vorn, die Mitte des Bauches blieb ruhig, und der Unterkörper zuckte gegen den Oberkörper hin.* In solchen Anfällen richtete sich der Patient plötzlich halb auf, während der Unterkörper nach oben fuhr. Das Ganze war eine *organische, einheitliche* Bewegung. Es gab Stunden, in denen sie unausgesetzt erfolgten. Abwechselnd mit diesen Zuckungen des Gesamtkörpers traten Strömungsempfindungen im Körper auf, besonders in den Beinen und im Bauch, die er als angenehm empfand. Die Mund- und Gesichtshaltung veränderte sich ein wenig; in einem solchen Anfall bekam sein Gesicht völlig den Ausdruck eines Fisches. Der Patient sagte unaufgefordert, noch ehe ich ihn darauf aufmerksam gemacht hatte: „Ich fühle mich wie ein Urtier“ und bald danach „Ich fühle mich wie ein Fisch“. Was lag also vor? Ohne eine Ahnung davon zu haben, ohne einen Zusammenhang durch Assoziationen erarbeitet zu haben, stellte der Patient in seinen Körperbewegungen einen – offenbar gefangenen – zappelnden Fisch dar. In analytischer Deutungssprache ausgedrückt, würde man sagen: Er „agierte“ die gefangene Forelle. Es war alles vorhanden, um dem Ausdruck zu verleihen. Der Mund war krampfhaft nach vorne gestreckt, starr und verzerrt. Der Körper zuckte von den Schultern bis zu den Beinen. Der Rücken war bretthart. Nicht ganz verständlich war in dieser Phase, daß der Patient beim Zucken eine Zeitlang auch die Arme wie in einer Umarmung mit einer Person nach vorne schlug. Ich erinnere nicht mehr, ob ich den Patienten auf den Zusammenhang mit der Forellengeschichte aufmerksam machte, oder ob er es selbst erfaßte (es ist in diesem Zusammenhang auch nicht sehr wichtig); doch er fühlte den Zusammenhang unmittelbar und hatte nicht den geringsten Zweifel daran, daß er sowohl den Forellenfänger wie die Forelle darstellte. Natürlich hatte das Ganze eine unmittelbare Beziehung zu den Enttäuschungen an der Mutter. Sie hatte ihn als Kind von einem bestimmten Zeitpunkt an vernachlässigt, schlecht behandelt, oft geschlagen. Es war oft passiert, daß er von ihr etwas sehr Schönes, Gutes erwartet hatte und daß das gerade Gegenteil davon eintraf. Seine Vorsicht wurde nun begreiflich. Er vertraute niemand, er wollte sich nicht fangen lassen. Es war der tiefste Grund seiner Oberflächlichkeit, seiner Angst vor Hingabe, sachlicher Verpflichtung etc. Als wir diesen Zusammenhang aufarbeiteten, veränderte sich sein Wesen in einer auffallenden Weise. Seine Oberflächlichkeit wich, er wurde ernst. Der Ernst trat ganz plötzlich in einer Stunde auf. Der Patient sagte wörtlich folgendes: „Ich verstehe nicht; es ist alles plötzlich so todernst geworden.“ Er hatte also nicht etwa die ernsthafte Gefühlshaltung aus einer bestimmten Zeit der Kindheit erinnert, sondern er veränderte sich tatsächlich vom Oberflächlichen zum Ernsthaften. Es wurde klar, daß seine krankhafte Beziehung zu Frauen, das heißt seine Angst, sich mit Frauen zu liieren, sich Frauen hinzugeben, mit dieser charakterlichen, strukturgewordenen Angst zusammenhing. Er war ein sehr umworbener Mann und hatte dennoch merkwürdig wenig Gebrauch davon gemacht.

Von nun an verstärkten sich die körperlichen Strömungsempfindungen zunächst im Bauch, dann auch in den Beinen und im Oberkörper zusehends und rasch. Er beschrieb die Empfindungen nicht nur als Strömen, sondern auch als wollustvoll, „süßlich“. Dies war besonders dann der Fall, wenn er seine Bauchzuckungen stark, lebhaft und rasch aufeinanderfolgend produziert hatte.

An dieser Stelle müssen wir einen Augenblick verweilen, um uns die Situation klarzumachen, in der sich der Patient befand. Die Bauchzuckungen waren nichts anderes als der Ausdruck davon, daß die tonische Spannung der Bauchdeckenmuskulatur sich löste. Das Ganze arbeitete wie ein Reflex. Wenn man leicht auf die Bauchdecke schlug, löste sich das Zucken sofort aus. Nach einigen Zuckungen war die Bauchdecke weich und tief eindrückbar; vorher war sie hart gespannt und zeigte eine Erscheinung, die ich noch unverbindlich die *Bauchabwehr* nennen möchte. Sie ist an ausnahmslos allen neurotisch erkrankten Menschen festzustellen, wenn man die Kranken tief ausatmen läßt und dabei die Bauchdecke an der Öffnung der beiden Rippenbogen etwa 3 cm unterhalb des Endes des zentralen Brustknorpels leicht eindrückt; dann verspürt man entweder eine heftige Resistenz im Innern des Bauches, oder aber die Kranken äußern Schmerz ähnlich dem beim Druck auf den Hoden. Ein Blick auf die Lage der Baueingeweide und des Plexus solaris, des Sonnengeflechts des vegetativen Nervensystems, zeigt uns im Zusammenhang mit noch weiter zu nennenden Erscheinungen, daß die Bauchspannung die Funktion hat, den Plexus solaris zu umschließen. Es ist *ein Druck, der von der Bauchdecke her auf den Plexus ausgeübt wird.* Die gleiche Funktion erfüllt das *gespannte und tiefgestellte Zwerchfell.* Auch dieses Symptom ist typisch. *Ausnahmslos bei allen einigermaßen neurotisch erkrankten Menschen kann man eine tonische Kontraktur des Zwerchfells feststellen;* sie drückt sich darin aus, daß die Patienten *flach und nur abgehackt ausatmen können.* Bei der Ausatmung wird das Zwerchfell hochgehoben, es verändert sich der Druck auf die darunterliegenden Organe, darunter auch auf den Plexus solaris. Mit der Lockerung des Zwerchfells und der Bauchdeckenmuskulatur ist offenbar eine Befreiung des vegetativen Geflechts von dem auf ihm lastenden Druck verbunden. Das äußert sich darin, daß sich dann ein Empfinden einstellt, wie man es beim Schaukeln, beim Fahrstuhlabwärtsfahren und beim Fallen im Oberbauch empfindet. Ich muß aufgrund meiner Erfahrungen annehmen, daß es sich hier um eine ä-

ßerst wichtige Erscheinung handelt. Die allermeisten Patienten erinnern, daß sie als Kinder sich darin geübt haben, diese Empfindungen im Oberbauch, die bei Wut oder Angst besonders intensiv auftreten, niederzuhalten und zu unterdrücken; sie *lernen es spontan in der Weise, daß sie den Atem anhalten und den Bauch einziehen*. Das Verständnis der Solarissspannung ist für das des weiteren Verlaufs der Behandlung unseres Patienten unerlässlich. Was nunmehr folgte, stand durchaus im Einklang mit der oben beschriebenen Annahme und bestätigte sie. Je intensiver ich den Patienten die Haltung der Muskulatur in der oberen Bauchgegend beobachten und beschreiben ließ, desto intensiver wurden die Zuckungen, desto stärker wurden die Strömungsempfindungen nach dem Aufhören der Zuckung, desto mehr breitete sich die wellenförmigen, schlangenartigen Bewegungen des Körpers aus. Doch das Becken blieb noch immer steif, bis ich daranging, dem Kranken die Verkrampfung der Beckenmuskulatur bewußt zu machen. Bei den Zuckungen stieß der gesamte Unterkörper nach vorn. Das Becken blieb dabei ruhig. Ich forderte nun den Kranken auf, die Hemmung, die das Becken behinderte, zu beachten. Es dauerte ungefähr zwei Wochen, bis er seine muskuläre Bremsung im Becken vollkommen erfaßt und die Hemmung überwunden hatte. Er lernte es allmählich, das Becken in die Zuckung miteinzubeziehen. Nun trat auch im Genitale ein Strömungsempfinden auf, das er vorher nie gekannt hatte. Er bekam in der Stunde Gliedsteifungen und hatte den mächtigen Impuls, zur Ejakulation zu gelangen. Die Zuckungen des Beckens, des Oberkörpers und des Bauches waren nunmehr die gleichen, die man im orgasmischen Klonus produziert und erlebt. Von nun an konzentrierte sich die Arbeit darauf, die Haltung des Patienten beim Geschlechtsakt genauestens beschreiben zu lassen. Es stellte sich heraus, was man nicht nur bei allen Neurotikern, sondern bei der überwiegenden Mehrzahl aller Menschen beiderlei Geschlechts findet: Die Bewegung im Geschlechtsakt ist künstlich forciert, ohne daß die Betreffenden es wissen. Bewegt wird gewöhnlich nicht das Becken für sich, sondern Bauch, Becken und Oberschenkel in einem Stück. Das entspricht nicht der natürlichen vegetativen Beckenbewegung beim Geschlechtsakt, sondern ist im Gegenteil eine Bremsung des orgasmischen Reflexes. Sie ist willkürlich im Gegensatz zum reflektorischen Akt. Sie hat die Funktion, die orgasmische Strömungssensation im Genitale herabzusetzen oder gänzlich zu unterbinden. Von diesen Erfahrungen ausgehend, konnte ich nun mit dem Patienten rasch vorwärtskommen. Es zeigte sich, daß er den Beckenboden ständig hochgespannt hielt. Erst bei diesem Fall verstand ich einen Irrtum, dem ich vorher verfallen war. Ich hatte bis dahin bei den Versuchen, die orgasmischen Hemmungen zu beseitigen, wohl die Kontraktur des Beckenbodens behandelt und zu lösen versucht, doch es hatte sich mir immer wieder der Eindruck aufgedrängt, daß das nicht genügte, daß das Ergebnis irgendwie unvollständig war. Jetzt begriff ich: Das Zwerchfell drückte auf den Plexus von oben, die Bauchdecken drückten von vorne und die Kontraktion des gesamten Beckenbodens hatte den Zweck, von unten her den Bauchraum erheblich zu verengen. Auf die Bedeutung dieser Tatbestände für die Verursachung und Festhaltung neurotischer Situationen komme ich später zurück.

Nach einigen weiteren Wochen gelang die Lösung der muskulären Panzerung des Patienten vollkommen. In dem Maße, in dem sich die strömenden Empfindungen im Genitale verstärkten, nahmen die isolierten Bauchzuckungen ab. Die Ernsthaftigkeit seines Gefühlslebens wuchs. In diesem Zusammenhang erinnerte er ein Erlebnis etwa im zweiten Lebensjahre. Er ist allein mit der Mutter in einem Sommeraufenthaltort. Es ist helle Sternennacht. Die Mutter schläft und atmet tief; von draußen her hört er den regelmäßigen Wellenschlag des Meeres. Es war die gleiche tiefenste, etwas traurig-wehmütige Stimmung, die er jetzt verspürte. Wir dürfen sagen, er erinnerte eine der Situationen aus der allerfrühesten Kindheit, in denen er seine vegetative (orgastische) Sehnsucht noch zugelassen hatte. Nach der Enttäuschung an der Mutter, die in seinem fünften Lebensjahr sich vollzog, kämpfte er gegen sein vegetatives Vorleben an, wurde kalt, oberflächlich, kurz, er entwickelte den Charakter, den er zu Beginn der Analyse darbot. Von nun an verstärkte sich das Gefühl eines „sonderbaren Kontaktes mit der Welt“. Er versicherte mir die völlige Identität des Gefühlsernstes, der ihn jetzt beherrschte, mit dem Empfinden, das er als ganz kleines Kind bei der Mutter, besonders in jener Nacht gehabt hatte. Er beschrieb es wie folgt: „Ich bin wie mit der Welt unmittelbar verbunden. Es ist, als ob alles in mir und außerhalb von mir schwingen würde. Es ist, als ob alle Reize viel langsamer wie in Wellen herauskämen. Es ist wie eine schützende Hülle um ein Kind herum. Es ist unglaublich, wie ich die Tiefe der Welt jetzt spüre.“ Ich brauchte ihm nicht erst mitzuteilen, weil er es spontan erfaßte: Die Verbundenheit mit der Mutter ist dieselbe wie die mit der Natur. Die Gleichsetzung von Mutter und Erde oder Weltenraum erhält einen tieferen Sinn, wenn man sie von dem vegetativen Gleichklang von Ich und Welt her begreift. An einem der nächsten Tage erlebte der Patient einen schweren Angstanfall. Er fuhr mit schmerzhaft aufgesperrtem Mund auf; auf der Stirn standen Schweißtropfen; seine Muskulatur war bretthart gespannt. Er halluzinierte ein Tier, einen Affen; dabei hatte seine Hand völlig die Haltung einer gekrümmten Affenhand, und er stieß Töne hervor, aus der Tiefe der Brust, „wie ohne Stimmbänder“ sagte er nachher. Es war ihm, als wenn ihm jemand ganz nahe kam und ihn bedrohte. Dann rief er wie in Trance „sei nicht böse, ich will ja nur saugen“. Der Angstanfall klang ab, der Patient beruhigte sich, und in den weiteren Stunden arbeiteten wir es durch. Dabei erinnerte er unter vielem anderen, daß er etwa zwei Jahre alt – erfaßbar

durch eine bestimmte Wohnungssituation – Brehms Tierleben zum ersten Mal gesehen hatte. Er erinnerte nicht, damals die gleiche Angst produziert zu haben. Doch die Angst entsprach zweifellos dem damaligen Erleben: Er hatte einen Gorilla mit großer Bewunderung und großem Erstaunen betrachtet.

Die damals nicht zur Entwicklung gekommene Angst hatte ihn dennoch das ganze Leben lang beherrscht. Jetzt war sie zum Ausbruch gekommen. Der Gorilla stellte den Vater dar, die bedrohende Gestalt, die ihn am Saugen verhindern wollte. Seine Beziehung zur Mutter war also fixiert geblieben und in Form der saugenden Mundbewegungen gleich im Anfang der Behandlung durchgebrochen, doch erst nach Durcharbeitung seiner gesamten muskulären Panzerung wurde sie ihm spontan verständlich. Es war nicht notwendig, fünf Jahre lang an Hand von Erinnerungsspuren nach dem Saugeerlebnis aus jener Zeit zu suchen. Er war aktuell in der Behandlung ein Säugling mit dem Gesichtsausdruck eines solchen und den erlebten Ängsten.

Ich kann nun die Schilderung abkürzen. Nach Lösung seiner Enttäuschung durch die Mutter und seiner konsequenten Hingabeangst, steigerte sich die genitale Erregung rasch. Es dauerte nur wenige Tage, da lernte er eine hübsche junge Frau kennen, mit der er sich leicht und widerspruchslos befreundete. Nach dem zweiten oder dritten Akt kam er strahlend in die Behandlung und berichtete ganz erstaunt, daß sich das Becken dabei „so merkwürdig *von selbst*“ bewegt hätte. Es zeigte sich bei der genauen Darstellung, daß er noch eine leichte Bremsung im Augenblicke des Samenergusses hatte. Doch da die Beckenbewegung gelöst war, kostete es nur wenig Mühe, auch diesen letzten Rest zu beseitigen. Es kam nunmehr darauf an, daß er im Augenblicke des Samenergusses nicht stoppte, sondern sich voll der vegetativen Motorik hingeben konnte. Er zweifelte keinen Augenblick daran, daß die Zuckungen, die er in der Behandlung produziert hatte, nichts anderes gewesen waren als die *verhaltenen vegetativen orgasmischen Koitusbewegungen*. Der Reflex war jedoch, wie sich später herausstellte, nicht völlig störungsfrei zur Entwicklung gekommen. Die Zuckungen waren noch ruckartig; es bestand eine starke Scheu, den Kopf nach hinten sinken zu lassen, also die Hingabehaltung einzunehmen. Es dauerte nicht lange, bis der Patient das Sträuben gegen einen weichen harmonischen Ablauf der Bewegung aufgab. Jetzt löste sich der Rest seiner Störung, der vorher nicht so deutlich hervorgetreten war. Die harte stoßartige Form in der Zuckung ging einher mit einer psychischen Haltung, die besagte: „Ein Mann ist hart und unnachgiebig, jede Hingabe ist weiblich.“ Im Anschluß an diese Erkenntnis löste sich sein alter infantiler Konflikt mit seinem Vater. Er fühlte sich einerseits durch seinen Vater geborgen und beschützt. Er konnte, wie schwierig auch Situationen sein mochten, sich darauf verlassen, daß ihm der „Rückzug“ ins väterliche Heim freistünde. Doch gleichzeitig strebte er nach Selbständigkeit und Unabhängigkeit vom Vater; er empfand seine Schutzbedürftigkeit als weiblich und wollte sich davon freimachen. So standen das Selbständigkeitsstreben und das passiv-feminine Schutzbedürfnis einander gegenüber. Beide waren *in der Form* des Orgasmusreflexes gegeben. Die Lösung des psychischen Konfliktes erfolgte Hand in Hand mit der Beseitigung der harten stoßartigen Form des Reflexes und dessen Entlarvung als einer Abwehr der weichen hingebenden Bewegung. Als er die Hingabe im Reflex selbst erlebte, ergriff ihn tiefe Bestürzung: „Ich hätte nie gedacht“, sagte er, „daß auch ein Mann sich hingeben kann. Ich habe es immer für ein weibliches Geschlechtsmerkmal gehalten.“ Derart war seine eigene abgewehrte Weiblichkeit verknüpft mit der natürlichen Form der orgasmischen Hingabe, wodurch die letzte gestört wurde. Es ist interessant, wie in der Struktur dieses Kranken sich die gesellschaftliche doppelte Moral widergespiegelt und verankert hatte. Auch in der offiziellen gesellschaftlichen Anschauung ist Hingabe mit Weibsein und unnachgiebige Härte mit Männlichkeit gefühlsmäßig verknüpft. In der gesellschaftlichen Ideologie ist es unvorstellbar, daß ein selbständiger Mensch sich hingeben und ein hingebender Mensch selbständig sein könne. So wie die Frauen aus dieser Gleichsetzung heraus gegen ihre Weiblichkeit protestieren und männlich sein wollen, so wehren sich die Männer gegen ihren natürlichen geschlechtlichen Rhythmus aus Angst, weiblich zu erscheinen; – und daraus schöpft wieder die verschiedene Anschauung des Sexuellen bei Mann und Frau ihre scheinbare Berechtigung.

Im Verlaufe der nächsten Monate vervollständigte sich jeder Zug im Umschwung seines Wesens. Er hörte auf, maßlos zu trinken, versagte sich jedoch den Alkohol gelegentlich in Gesellschaft nicht. Er vermochte die Beziehung zu seiner Frau zunächst in eine brauchbare Richtung zu bringen, liierte sich glücklich mit einer anderen Frau, und er nahm vor allem interessiert und begeistert eine neue Arbeit auf.

Die Oberflächlichkeit war vollkommen gewichen. Er war nicht mehr imstande wie früher, in Gasthäusern öde Gespräche zu führen oder sonst Dinge zu unternehmen, die nicht irgendwie sachlich interessierten. Ich möchte ausdrücklich betonen, daß es mir nicht eingefallen wäre, ihn irgendwie moralisch zu leiten oder zu beeinflussen. Ich war selbst überrascht von der spontanen Wandlung seines Wesens in der Richtung zur Sachlichkeit, zum Ernst. Er begriff die Grundauffassungen der Sexualökonomie nunmehr weniger aus seiner ja nicht sehr langen Behandlung, sondern, das darf man ruhig sagen, spontan von seiner *veränderten Struktur* her, *von seinem Körpergefühl* her, vom Standpunkt der *erlangten vegetativen Beweglichkeit*.

Der Patient war in den folgenden Jahren in fortschreitender Festigung seiner Ausgeglichenheit, Glücksfähigkeit und rationalen Handhabung schwieriger Situationen.

Ich übe die vegetotherapeutische Technik nun schon seit sechs Jahren an Studenten und Kranken aus und kann feststellen, daß sie auch großen Gewinn für die Behandlung von Charakterneurosen bietet. Die Ergebnisse sind besser als vorher und die Behandlungszeiten kürzer. Eine Reihe von Ärzten und Pädagogen hat die Ausübung der charakteranalytischen Vegetotherapie bereits gelernt.

Beispiel 5.2: Bioenergetische Therapie einer schizoiden Patientin

Das Originalbeispiel von Lowen verdeutlicht anhand der Therapie einer Tanzlehrerin mit schizoidem Charakter:

- bioenergetische Techniken der Körperarbeit,
- Besonderheiten des schizoiden Charakters.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 5.7 Lowens Charakterstrukturen und Charaktertypen

Quelle

Lowen, Alexander (1980).

Der Verrat am Körper.

Bern: Scherz (S. 232–240).

Mit freundlicher Genehmigung.

Die Patientin – ich werde sie Sally nennen – war Tanzlehrerin. Sie klagte über ihre schlechten zwischenmenschlichen Beziehungen, über Frustration und Verzweiflung und über ihre Ängste.

Die Behandlung dauerte einige Jahre – stets eine Sitzung pro Woche, mit Ausnahme des Sommers. Obgleich Sally Tänzerin war, hatte sie extrem verkrampfte Muskeln. Sie besaß sehr wenig Gefühl in den Beinen und atmete ganz flach. Ihre Augen hatten einen wilden, verschreckten Ausdruck, und der Blick huschte meist ziellos hin und her. Sie war überängstlich.

Der erste Teil der Therapie bestand vor allem darin, ihr mit Hilfe der oben beschriebenen Positionen zu helfen, besser zu atmen und ihren Körper mehr zu fühlen. Zunächst konnte sie die Haltungen nur sehr kurze Zeit einnehmen, allmählich ging es besser. Manchmal knetete ich ihre verspannten Muskeln mit den Händen, die dadurch etwas lockerer wurden, und sie bekam mehr Kontakt zu ihrem Körper und mehr Selbst-Bewußtheit. In diesem Stadium der Behandlung weinte sie häufig und drückte ihre tiefe Verzweiflung aus. Einmal sagte sie:

Ich weiß nicht, was Liebe ist. Ich weiß nicht, was eine Frau ist oder was ein Mann ist. Sie sind Schatten in meinem Geist. Nur meine Mutter ist kein Schatten. Sie ist ein Falke [die Patientin formte ihre Hände zu Krallen], der meinen Vater getötet und aus mir ein Wrack gemacht hat. Alles, was ich fühle, ist Schmerz, und infolge der „Arbeit“ mit Ihnen ist es, als könnte man die Hände hineinstecken. Es ist, wie wenn man in einen tiefen, leeren Brunnen blickt, was sehr weh tut. Ich habe das Gefühl, er wird sich nie wieder füllen.

Das Freisetzen dieser Gefühle von Schmerz, Trauer und Verzweiflung bahnte den Weg für positivere Körper-Gefühle. Eine Zeitlang schwankte sie zwischen zwei Extremen und fühlte sich entweder lebendig und glücklich oder aber verzweifelt und verloren. Sie erklärte:

Wenn ich meinen Körper strecke, habe ich starke sexuelle Gefühle. Wenn diese Gefühle nicht da sind, spüre ich den Schmerz. Ich habe einen Druck im Magen. Ich habe ein Gefühl des „Verlorenseins“ und der Schwärze, als hätte das Leben keinen Sinn. Bis heute ist mein Körper für mich ein Werkzeug gewesen.

Die Therapie bestand im Grunde aus einer Kette von Krisen, und jedesmal, wenn Sally eine Krise überwunden hatte, besaß sie mehr Kraft und mehr Selbst-Kontakt. Jede aggressive Bewegung machte ihr zunächst schreckliche Angst, und sie reagierte mit einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Besonders beängstigend war es für sie, eine negative Einstellung geltend zu machen. Eine ihrer Krisen wurde durch eine relativ einfache Übung ausgelöst: Sally lag auf der Couch, bearbeitete das Möbelstück mit den Fäusten und sagte dabei: „Ich will nicht! Ich will nicht! Ich will nicht!“ Nachdem sie sich auf diese Weise durchgesetzt hatte, sprang sie von der Couch, lief in eine Ecke des Zimmers, kauerte dort nieder und weinte. Ihr Grauen war so stark, daß sie sich zuerst gegen meinen Versuch, sie zu trösten, wehrte, aber dann ließ sie zu, daß ich mich neben sie setzte und die Arme um sie legte. Sie sagte, es gebe keinen Menschen, an den sie sich in ihrer Angst und Not wenden könne. Sie mißtraute mir im gleichen Maß, in dem sie mich brauchte.

Bei der nächsten Sitzung sagte Sally: „Mir ist klar, daß ich meiner Mutter nie nachgegeben habe. Deshalb konnte ich nicht funktionieren. Ich war gelähmt, und mein ganzes Leben war ein Warten auf jemanden, der mich erlöst.“ Sie meinte damit, daß sie ihr Leben lang eine innere Trotzhaltung eingenommen hatte – sie hatte Angst, nein zu sagen, und war nicht fähig, ja zu sagen. Diese negative Schicht ihrer Persönlichkeit, die funktional mit dem verspannten Zustand ihrer Muskeln identisch war, lähmte alle aggressiven Bewegungen. Bei jener Sitzung

schlug Sally wieder auf die Couch ein und sagte: „Nein, ich will nicht!“ Diesmal geriet sie nicht so sehr in Panik, aber ihr wurde abwechselnd kalt und heiß, da Wellen von Gefühl in ihr aufbrandeten und wieder zurückwichen.

In der Woche danach kam Sally auf ihr Gefühl der Lähmung zurück. Sie sagte: „Ich habe mich mein Leben lang mit Hemmungen bewegt. Ich kann nicht ich selbst sein. Nach jener Krise, bei der ich so sehr geweint habe, fühlte ich mich freier, aber es kommt ein Punkt, wo ich nicht weitermachen kann.“

In den nächsten beiden Monaten konzentrierte ich mich auf den körperlichen Aspekt ihres Problems. Trotz ihrer Arbeit als Tänzerin klagte sie über Steifheit und über Schmerzen im Körper. Ihr wurde langsam bewußt, daß ihre Entscheidung, Tänzerin zu werden, mit dem Wunsch zusammenhing, den Körper durch Bewegung lebendiger zu machen. Dieses Phänomen habe ich bei vielen Berufstänzern beobachten können. Das Tanzen hilft zwar, den Körper lebendiger zu machen, trägt aber nicht dazu bei, seine chronischen Spannungen zu lösen. Bei den oben beschriebenen Haltungen und Bewegungen streckte Sally jetzt ihren Körper, atmete und bewegte sich. Ihre Toleranzschwelle für Körper-Gefühle war sehr niedrig. Sie geriet in Panik, sobald sich unwillkürliche Bewegungen entwickelten. Oft erschauerte sie vor Angst und wollte gehen. Ich hielt sie behutsam auf, und sie ließ zu, daß ich sie zurückholte. Am Ende jeder Sitzung konnte ich an ihren weicheren Körperkonturen, ihrer stärker leuchtenden Haut und dem Ausdruck in ihren Augen erkennen, daß sie sich besser und lebendiger fühlte und mehr Kontakt zu sich hatte. Die Besserung ihres Zustands hielt jedoch nicht bis zur folgenden Sitzung – also eine Woche später – an; es wurde aber jedesmal leichter, das Gefühl wieder zu wecken.

Einige Wochen später merkte ich, daß Sally anfang aufzutauen. Sie kam mit einem traurigen Blick ins Zimmer und klagte über ein beklemmendes Gefühl in der Brust, die bisher eine „tote“ Zone, also ohne Gefühl gewesen war. Außerdem erwähnte sie ein Völlegefühl und einen Schmerz im Becken. Während wir uns unterhielten, begann sie heftig zu weinen. „Ich bin nie ein Kind gewesen“, sagte sie. „Ich mußte erwachsen sein, um von meiner Mutter fortzukommen.“ In dieser Sitzung arbeiteten wir nicht körperlich, und Sally gab sich ihrer Traurigkeit hin. Weinend sagte sie, sie sei sich eines Gefühls in der Tiefe ihrer Vagina bewußt. Sie sagte, sie habe den Eindruck, als sei in ihr eine Knospe, die sich öffnen könne wie die einer Blume. Jeder schizoide Mensch trägt in sich ein verlorenes kleines Kind, das er vor sich selbst verbirgt und vor der Welt schützt. Sein Dilemma besteht darin, daß er es nicht wagt, das Kind in sich zu akzeptieren, und infolgedessen auch nicht imstande ist, die Realität seines Körpers oder der Welt zu akzeptieren.

Das Unterdrücken des Kindes verhindert das spontane Greifen und Berühren, das die Reaktion des Babys auf ein geliebtes Objekt charakterisiert. Sally gab zu, daß sie sich vor jedem körperlichen Kontakt mit mir fürchtete. Sie wagte nicht, mit der Hand nach mir zu greifen und mich zu berühren. Als ich sie ermutigte, es zu tun, waren ihre Bewegungen zögernd und linkisch. Wenn ich Anstalten machte, sie zu berühren, zuckte sie zurück. Ich konnte sie erst trösten, als sie unter der Belastung von Furcht und Angst in die Position eines hilflosen und verschreckten Kindes flüchtete.

Als Sally endlich das kleine Kind in sich akzeptierte, konnte sie anfangen, nach mir zu greifen und mich zu berühren. Diesmal wurde sie nicht zurückgewiesen wie in ihrer frühen Kindheit, sondern löste bei ihrer „Ersatzmutter“, dem Therapeuten, eine positive Reaktion aus. Sie lernte langsam, daß sie Forderungen an das Leben stellen konnte, und die Fixierung, die ihr emotionales Wachstum gestoppt hatte, begann sich aufzulösen.

Nach der Sommerpause wurde die Therapie mit dem Versuch wiederaufgenommen, stärkere aggressive Gefühle in Sally zu mobilisieren. Ich stellte fest, daß ihre Kinnbacken sich erheblich gelockert hatten. Manchmal wirkten sie noch grimmig zusammengepreßt, aber bei anderen Gelegenheiten sahen sie völlig entspannt aus. Sally sagte, sie habe Angst davor, ein zorniges Gesicht zu machen, da sie dann aussehen würde wie ihre Mutter – voller Haß und Bosheit. Das war die erste Sitzung, in der sie ihrem Drang zu schreien nachgab, während sie auf der Couch lag und diese mit den Fäusten bearbeitete. Sie schrie: „Ich will nicht!“, und kommentierte ihr Handeln dann mit den Worten: „Es ist gut, aber noch nicht wirklich.“

Bei der nächsten Sitzung redete sie davon, daß sie in ihrem Verhalten einen Mangel an Realität spüre. Sie meinte, sie sei etwas Besonderes und gehöre nicht zur Welt der anderen Leute. Ihre zwischenmenschlichen Beziehungen, erklärte sie, seien nur eine Maske, mit der sie die Tatsache des Nicht-Seins, des Alleinseins kaschiere. Das veranlaßte sie, von ihrem Vater zu sprechen. Sie erzählte, er habe sterbend unter einem Sauerstoffzelt gelegen. Sie habe wie erstarrt an seinem Bett gestanden und sei nicht fähig gewesen, nach ihm zu greifen oder etwas zu ihm zu sagen. Als sie das erzählte, hatte sie keine Tränen in den Augen. Sally hatte das Gefühl, sie könne das Leben nicht berühren, und das Leben berühre sie nicht.

Ich mußte Sally helfen, aus aggressiven Bewegungen ein Gefühl der Kraft zu schöpfen, darum riet ich ihr, im Stehen mit einem Tennisschläger auf die Couch zu schlagen. Ihre Reaktion war überraschend. Unsicher nahm sie den Schläger, zögernd schlug sie damit auf die Couch, aber dann ließ sie ihn völlig unvermittelt fallen, als wäre er ein geladenes Gewehr oder eine lebende Schlange. Sie begann zu zittern und kreuz und quer durchs Zimmer zu springen. Es dauerte einige Minuten, bis sie es über sich brachte, den Schläger wieder in die Hand zu nehmen. Sie

schlug noch einmal zu, ließ den Schläger abermals fallen und hüpfte wieder mit den Armen wedelnd wie ein flatternder kleiner Vogel durchs Zimmer.

Bei mehreren Sitzungen schlug Sally wiederholt mit dem Tennisschläger auf die Couch. Sie bearbeitete das Möbelstück jedesmal ein bißchen gezielter und hatte jedesmal ein bißchen weniger Angst. Einige Male ließ sie den Schläger nach einigen Hieben fallen, machte ein paar Schritte von ihm fort und begann zu weinen. Sie kämpfte gegen ihre Angst vor Gewalttätigkeit an. Einige Zeit später forderte ich sie auf, etwas Zorniges auszurufen – zum Beispiel „Verdammt nochmal!“ oder „Ich hasse dich!“ –, während sie auf die Couch einschlug. Aber sie brachte nichts heraus. Wenn sie den Schläger benutzte, machte sie ein furchtsames Gesicht; ihre Augen und ihr Mund standen weit offen, und sie war sprachlos. Während ich sie beobachtete, wurde mir noch ein Grund klar, der Sally dazu veranlaßt hatte, Tänzerin zu werden: Sie hatte in emotional geladenen Situationen so viel Angst, daß sie keine Worte herausbringen konnte, und sie verließ sich dann auf die Körpersprache, um ihre Gefühle auszudrücken. Später, nachdem die Therapie ihr mehr Kraft und Mut gegeben hatte, schlug sie einigermaßen heftig auf die Couch ein und sagte immer wieder: „Wie dumm! Wie dumm du bist!“ Sie fühlte, daß es gegen ihre Mutter gerichtet war. Sie revanchierte sich für die Züchtigungen, mit der diese sie als Kind gequält hatte.

Sally brauchte ziemlich lange, um zu lernen, ihren Zorn auszudrücken. Als sie dazu während der Sitzungen bis zu einem gewissen Grad imstande war, stand sie immer noch vor dem Problem, ihren Zorn auch im täglichen Leben „herauszulassen“. Das war schwerer. Eines Tages berichtete sie folgenden Vorfall:

Beim Kurs passierte mir neulich etwas. Der Lehrer befahl mir barsch: „Setzen Sie sich gerade hin!“ Da bekam ich eine ungeheure Wut und dachte: dieser Idiot! Ich fühlte, wie mir vor Zorn ganz heiß wurde, als wären Blitze in mir, aber ich ließ es nicht herauskommen. Ich fühlte, wie mein Körper sich verkrampfte und meine Muskeln sich anspannten. Dann wurde mein Körper taub. Seitdem sind alle meine neurotischen Ängste zurückgekehrt, und all meine Leichtigkeit ist verschwunden.

Der Zorn schien in mir zu schwimmen wie ein Fisch, der nicht herauskam. Dann gefror er – als steckte er in Eis fest. Er steckt fest, weil ich zu beherrscht bin. Warum muß mir dauernd jemand sagen, was ich fühlen soll? Warum kann ich nicht das fühlen, was in mir ist?

Danach machte die Therapie einige Wochen lang rasche Fortschritte. Es ging Sally immer besser, und ihr Privatleben verlief reibungsloser. Bei jeder Sitzung nahm sie die Übungshaltungen ein, und sie benutzte regelmäßig den Tennisschläger. Sie war imstande, ihren Zorn auf ihre Mutter auszudrücken. Sie schlug stetig und zornig auf die Couch ein und rief ihrer Mutter dabei zu: „Wie dumm du bist, wie dumm, wie dumm!“ Sie atmete merklich tiefer. „Wissen Sie“, sagte sie eines Tages zu mir, „ich bin nicht mehr so kalt wie früher. Früher brauchte ich im Winter immer eine Daunendecke; jetzt reicht mir eine dünne Wolledecke. Meine Hände sind auch wärmer, aber meine Füße sind immer noch unmöglich.“

In jeder Therapie gibt es Hochs und Tiefs. Nach dem Freisetzen ihrer Aggressivität empfand Sally eine Erschöpfung, die ihr große Angst machte. Sie wußte nicht, wie sie es schaffen sollte weiterzumachen, und die Vorstellung, sie könnte womöglich nicht weitermachen, erschreckte sie zu Tode. Sally hatte das Gefühl, sie würde über ihren Sorgen den Verstand verlieren.

Was sie rettete, war ihr Körper. Sein Bedürfnis nach Schlaf besiegte die Qualen ihres Geistes. Im Schlaf fand sie die Antwort auf ihre Angst. Wenn sie es gar nicht mehr aushielt, belebte der Schlaf sie von neuem.

Alle schizoiden Patienten machen auf ihrem Weg zur Besserung eine Phase der äußersten Erschöpfung durch. Nachdem sie sich so viele Jahre lang verkrampft haben, empfinden sie das „Loslassen“ als Erleichterung, und dadurch werden sie sich der Mattigkeit bewußt, die sie bisher aus ihrem Wahrnehmungsbereich abblockten. Das Gefühl der Erschöpfung stellt einen umfassenderen Kontakt zum Körper her. Ich betrachte es als ein Zeichen dafür, daß der Körper nunmehr imstande ist, seine Bedürfnisse gegen das neurotische Ich durchzusetzen. Wenn sich der Patient diesem Gefühl der Erschöpfung hingibt, beendet es seine zwanghafte Aktivität und vermindert so sein Gefühl der Verzweiflung. Das Gefühl der Erschöpfung kann einige Wochen oder sogar Monate anhalten. Der Patient lernt daraus, daß er sehr gut ohne seine Zwänge überleben kann.

Ich habe in diesem Abschnitt wiederholt von dem Tennisschläger gesprochen, der benutzt wird, um das Gefühl des Zorns auszudrücken. Das soll nun nicht heißen, andere Mittel oder Formen des Ausdrucks seien unwichtig. Der Ansatz muß total sein, und die physische Therapie muß den ganzen Körper erfassen. Folgende Episode aus der Behandlung Sallys soll das veranschaulichen.

Einige Zeit nach ihrer Rückkehr aus Europa bemerkte meine Patientin: „In den letzten zwei Monaten habe ich mehrmals geträumt, daß meine Zähne zerbröselten, als ich versuchte, mit ihnen zuzubeißen.“ Solche Träume sind dahingehend zu interpretieren, daß der Patient Angst vorm Beißen hat – im wörtlichen wie übertragenen Sinn. Sallys Unfähigkeit, die Dinge in den Griff – „in den Biß“ – zu bekommen, war eine der Wurzeln ihrer Probleme. Der wiederkehrende Traum hatte aber auch eine buchstäbliche Bedeutung. Ihre Kinnbacken waren so fest

zusammengepreßt, daß sie den Mund nicht vollständig öffnen konnte. Sie konnte die Kinnlade kaum vor und zurück bewegen. Um dem abzuweichen, ließ ich sie folgende Übung machen: Sie mußte die Kinnlade leicht vorschieben, die Zähne zeigen und versuchen zu knurren. Das fiel ihr schwer, und sie machte die Bewegung ohne jedes Gefühl. Mit der Zeit fing sie jedoch an, Spaß daran zu haben, und ihr Knurren klang ganz echt. Um Sally zu helfen, ihre Zähne zu fühlen und Vertrauen zu ihnen zu gewinnen, ließ ich sie in ein Handtuchende beißen, während sie auf der Couch lag. Ich hielt das andere Ende und zog ihren Kopf und Oberkörper hoch, während sie den Rücken durchbog. Ihr Gewicht ruhte also unten auf ihren Füßen und hing oben an ihren Zähnen. Zuerst machte die Übung ihr Angst, aber sie konnte die Position trotzdem länger als eine Minute durchhalten. Diese Erfahrung führte dazu, daß ihre Zähne sich „lebendiger“ anfühlten und daß sie Kraft und Sicherheit aus ihnen und ihren Kinnbacken schöpfte.

Ehe ich diese Fallgeschichte abschließe, möchte ich noch betonen, daß die Gefühle, die ein Patient während der Therapie ausdrückt, relativ sind. Im Vergleich zu seinem bisherigen Gefühlsmangel scheint das Lusterlebnis im eigenen Körper überwältigend zu sein, aber das anfängliche Hochgefühl verliert mit den nächsten Sitzungen an Wirkung, und der Patient stellt immer höhere Ansprüche an das Leben. Für einen Menschen, der soeben aus einer geschlossenen Anstalt entlassen wurde, ist Freiheit alles. Bald will er jedoch mehr: einen Platz zu wohnen, einen Partner, eine Stellung usw. In diesem Licht sollte man auch die Fortschritte betrachten, die Sally machte. Die Therapie setzt einen kontinuierlichen Wachstumsprozeß in Gang.

Wenn man seinen Körper zurückgewinnen will, muß man Schmerz durch Lust und seine Verzweiflung durch positive Gefühle ersetzen. Für den schizoiden Patienten führt der Weg zur Lust aber durch Schmerz, führt der Weg zur Freude durch Verzweiflung. Anders ausgedrückt: Er kann nur in den Himmel kommen, wenn er vorher die Hölle durchgemessen hat. Der Schizoide, der bisher in einem leeren, sinnlosen Zwischenreich lebte, nimmt die Odyssee auf sich, weil sie Hoffnung verspricht. Getrennt vom Körper, ist das Leben eine Illusion. Im Körper begegnet man zwar Schmerz, Trauer, Angst und Grauen, aber das sind wenigstens reale Gefühle, die man erfahren und ausdrücken kann. Wenn man Schmerz fühlen kann, kann man auch Lust fühlen. Wenn man sich der Müdigkeit hingibt, findet man Frieden. Jedes Körper-Gefühl impliziert sein Gegenteil. Wer ohne Gefühl ist, lebt in einem kalten, leblosen Vakuum. Niemand weiß das besser als der Schizoide, aber er kennt nicht mehr den Weg, der zu seinem Körper zurückführt. Wenn er ihn wiederentdeckt, wird er seinen aufgegebenen Körper mit der Inbrunst des verirrtten Kindes zurückgewinnen, das seine liebende Mutter wiedergefunden hat.

Beispiel 5.3: Bioenergetische Trauma-Therapie

Das Fallbeispiel einer traumatisierten 51-jährigen Frau verdeutlicht:

- die Bedeutung des Groundings,
- konkrete Techniken der Körperarbeit,
- den Bezug zur psychoanalytischen Aufarbeitung des Traumas.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf das Kapitel:

- 5.8 Grounding und Körperarbeit

Quelle

Heinrich, Vita (2003). Fallvignette zur Trauma-Therapie – Beispiel Klientin Johanna.

Forum der bioenergetischen Analyse, 1, 51–61.

Mit freundlicher Genehmigung.

Beispiel: Klientin Johanna (geb. 1941)

Die Klientin kam zum ersten Mal 1992 für 25 Stunden zu mir. Damals war von ihren traumatischen Erfahrungen nur die Spitze des Eisbergs zu sehen. Zu dem Zeitpunkt war sie 51 Jahre.

Im Oktober 1995 kam sie erneut auf mich zu. Der Anlass für ihren Hilferuf waren starke und schmerzhaftes Schwellungen in den Fußgelenken, sie passte in keine normalen Schuhe mehr und konnte kaum laufen. Die Ärzte hatten für diese Symptome keine erklärende organische Ursache gefunden.

Die Körperbeschwerden gingen einher mit dem Gefühl von Johanna, dass sie im Unklaren sei über ihren Stand im Leben und nicht wüsste, wohin der Weg weiterginge.

Die Symptome brachten sie in Kontakt mit dem Gefühl der Hilflosigkeit, Ratlosigkeit und des Stehen-Gelassen-Werdens.

Die Therapie dauerte von da an gute 4 Jahre. Sie beendete diese im Januar 2000. Insgesamt kam sie in dem Zeitraum von 1992 bis 2000 zu 125 Stunden.

Zur Biographie

Diese Biographie habe ich 1992 bruchstückhaft und sachlich vorgetragen schon einmal gehört von Johanna. Damals fing sie mit den jüngst vergangenen Ereignissen an. Später habe ich ihre Geschichte mehr und mehr gefühlsgeladener erzählt bekommen – immer weiter zurückerinnert in die Vergangenheit.

Ich erzähle chronologisch, obwohl es nicht die Chronologie ihrer Erinnerungen in der Psychotherapie war.

Geburt in Ostpreußen 1941. Es gab schon einen 2 Jahre älteren Bruder.

Im Alter von 2–3 Jahren sexueller Missbrauch durch den Großvater.

Im Alter von 4 Jahren Flucht aus Ostpreußen in den Westen, die sie mit Angst und Schrecken erlebte. Die Mutter mit der Klientin, ihrem älteren Bruder und einem gerade geborenen Bruder alleine unterwegs.

Nach der Flucht blieb die Mutter vier Jahre lang mit den drei Kindern alleine, wohnte beengt, es gab wenig zu essen. Der Vater blieb in Kriegsgefangenschaft, kam erst zurück, als die Klientin 8 Jahre alt war. Der Vater fehlte, die Mutter war depressiv-überfordert, hatte oft Selbstmordabsichten. Die Klientin trug viel emotionale Verantwortung für die Brüder und die verzweifelte Mutter. Nach Rückkehr ihres Vaters wurde sie von ihm besonders behandelt, als „Vatertochter“ sei sie großgeworden. Sie war ein sehr schönes Mädchen. Und ist eine schöne Frau. Als sie 11 Jahre alt war, kam noch ein dritter Bruder hinzu.

Johanna heiratete mit 27 Jahren und bekam 2 Söhne.

Der Vater hatte einen ersten Herzanfall, als sie heiratete. Er starb, als sie mit dem ersten Sohn schwanger war.

Ihr jüngster Sohn starb 1983 im Alter von 12 Jahren an den Folgen einer Diabetes-Erkrankung.

Ihr Ehemann starb 1987 an einem Asthmaanfall. Johanna war erst 46 Jahre alt. Sie hat nicht wieder geheiratet und ist bislang auch mit keinem Mann eine verbindliche Partnerschaft eingegangen. Es fiel ihr sehr schwer, den einzig gebliebenen Sohn erwachsen werden und gehen zu lassen.

Kurz nach Therapiebeginn starb der ältere Bruder, der jüngere erkrankte lebensbedrohlich.

Durch ihr Leben als Kind und als Erwachsene zieht sich eine Kette belastender Lebensereignisse (man könnte besser sagen „Todesereignisse“ – der männlichen Bezugspersonen).

Es war für die Kl. zu Beginn sehr schwer, eine Therapeutin um Hilfe zu bitten. Sie neigte zur Idealisierung männlicher Lehrer und Therapeuten. Gleichzeitig brauchte sie eine Frau an ihrer Seite. Die therapeutische Arbeit mit ihr verlangte eine unerschütterliche Haltung gegenüber dem Verlustschmerz, der Verlorenheit und auch der

sexuellen Grenzverletzung, die zu ihrer Vergangenheit gehören. Gleichzeitig war es erforderlich, hinter der starken Frau das kleine, zarte, verlorene und sehr erschrockene Mädchen ohne Halt in ihr zu sehen.

Johanna selbst hatte das Bild, als kleines Mädchen in Ostpreußen „stehen geblieben“ zu sein.

Stabilisierung/Sicherheit

In der ersten Phase war der Therapieprozess davon geprägt, psychisch und körperlich Halt und Unterstützung zu vermitteln und einen vertrauensvollen Kontakt zwischen Johanna und mir aufzubauen. Es galt, den Boden in der therapeutischen Beziehung als auch den Boden für sie selbst zu erarbeiten. Die körperlichen Beschwerden in den Füßen verschwanden nach ca. 10 Stunden, je mehr die Kl. die vertrauensvolle Basis in der Therapie erlebte. Die Themen in dieser ersten Phase bezogen sich auf aktuell schwierige Lebenssituationen, die Entwirrung und Klärung der Beziehung zu den Brüdern und dem Sohn.

Johanna lernte, sich mehr abzugrenzen, nicht überverantwortlich zu bleiben, rang um Klarheit in ihren sozialen Bezügen. Es gab phasenweise Ausbrüche von Trauer und Schmerz, oft jedoch nicht eingebunden in ihre Geschichte. Manches wirkte bruchstückhaft abgespalten. Besonders der ganzheitliche Ausdruck von Zorn fiel ihr schwer.

Allgemein zu dieser Phase:

*Die Kl. müssen ihren eigenen Körper zurückgewinnen, die Kontrolle über Körperfunktionen, den fürsorglichen Umgang mit sich selbst, Möglichkeiten der Entspannung (Beratung über den Umgang mit Essen, Schlafen, Sexualität, Sport gehört dazu). Sie müssen lernen, Grenzen zu setzen in missbräuchlichen Beziehungen, einen sicheren Ort aufzusuchen (innerlich und äußerlich). In der therapeutischen Beziehung geht es um den **Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung**.*

*Dazu gehört eine körperorientierte Anamnese und auch eine **körperliche diagnostische Erkundung** der typischen Haltungs- und Bewegungsmuster der Kl., sowie die Frage danach, wie sie selbst innerlich diese Haltungen und Bewegungen empfinden und interpretieren, mit welchen Bildern sie selbst diese verknüpfen.*

*Die Klienten werden angeregt, **zu sich selbst** körperlich in Kontakt zu treten mit Hilfe von Übungen zur Wahrnehmung ihrer Empfindungen, ihrer Haltungs- und Bewegungsmuster sowie spez. Übungen zum **Bodenkontakt (Grounding)**. Dabei werden die inneren Bilder der Kl. ständig begleitend erfragt, und es findet ein Austausch zwischen Th. und Kl. über ihre Körperwahrnehmung statt.*

Bioenergetische Grounding-Übungen lockern und stärken die Füße, Fußgelenke, Knie, Beine, Hüften. Dadurch wird der Bodenkontakt und der eigene Stand verbessert und somit die Sicherheit in der Welt (Selbst-Sicherheit). Gleichzeitig wird durch den verbesserten Stand (Energiefluss in die Beine zum Boden anstatt nach oben zum Kopf) die untere Körperhälfte betont und die obere Körperhälfte entlastet. Kopf Nacken, Schultern und oberer Rücken werden nicht mehr nur dazu genutzt, sich um jeden Preis aufrechtzuerhalten, „den Kopf hochzuhalten“, „sich über Wasser zu halten“, oder in Gedanken oder Phantasien festzuhalten. Dadurch wird der Realitätskontakt verbessert, die Tendenz zu Abspaltung, Entfremdung und Depersonalisation verringert. Die Fähigkeit, den eigenen Stand zu spüren und die Beine zu gebrauchen, ist für traumatisierte Personen eine sehr bedeutsame. Es bedeutet, wegrennen zu können, für oder gegen etwas eintreten zu können, sich auf die Umwelt zu bewegen. Mit der Entwicklung dieser Fähigkeit wird das Gefühl der Ohnmacht, des Ausgeliefertseins, der Isolation geringer. Dabei werden die Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit der Kl. betont, der Realitätskontakt, die Beziehung zum Hier und Jetzt gestärkt. Es ist nicht erforderlich, explizit nach dem Trauma zu fragen, sondern stattdessen die Aufmerksamkeit auf die positiven körperlichen Möglichkeiten im Hier und Jetzt innerhalb der Beziehung zu richten. Wenn dies etabliert ist, kommt in der Arbeit mit dem Körper irgendwann von ganz alleine das Trauma ins Bewusstsein.

Erinnern, Trauern, Zorn (Traumarekonstruktion)

Nach 2 Jahren Therapie kamen immer mehr die Verarbeitung von Trauer, Schmerz und Zorn – das emotionsgetragene Erinnern – anstelle der Abspaltung im Kontakt und der Konstriktion in den Vordergrund der gemeinsamen Arbeit.

Johanna im Mai 1998

Sie berichtet in einer Stunde über die Situation während der Flucht (als 4jährige) im Zug.

Immer wenn sie an einem Bahnhof gehalten haben, sei die Mutter ausgestiegen, um vorne an der Lokomotive heißes Wasser zum Anwärmen für die Flasche ihres kleinen Bruders zu holen. Johanna musste mit ihren beiden Brüdern im Abteil sitzen bleiben, bis die Mutter zurückkam. Sie habe Panik und riesige Angst gehabt, dass die Mutter es nicht schaffen könnte, vor der Weiterfahrt des Zuges wieder einzusteigen. Die Angst, die Mutter auch noch zu verlieren. Der Vater war ja bereits im Krieg und verloren. Sie schildert, dass sie das Geräusch der dampfenden, stampfenden Lokomotive noch im Ohr habe. Und anstatt ihrem Impuls nachzugeben, laut nach ihrer Mama zu schreien und dieser hinterherzulaufen, habe sie still abwarten müssen.

In dieser Stunde arbeiten wir körperlich mit dem Ausdruck von Angst und Panik in der Stimme. Dabei sitzen wir Rücken an Rücken auf dem Boden. Schluchzen und Trauer kommen heftig; die Kl. schreit und klagt herzerweichend laut. Später entwickelt sie Wut und das Gefühl, sich nicht mehr still auf einem Platz halten zu lassen. Sie macht ganz tiefe knurrende und röhrende Töne und schiebt mich mit ihrem Rücken durch den Raum.

Allgemein:

Durch die sensorische und motorische Aktivierung (Verbesserung von Empfindungsfähigkeit und Beweglichkeit), die Vertiefung der Atmung und durch die körperliche Berührung können Erinnerungen wieder-belebt werden. Die Arbeit mit der Atmung erleichtert tiefes Weinen und stimmlichen Ausdruck, und damit die Bewältigung der traumatischen Erfahrungen. Die Erinnerung gibt der traumatisierten Person den verlorengegangenen inneren roten Faden zurück, die eigene Geschichte.

Es geht darum, aus der Dissoziation, den Flash-Backs, mit Gefühl verbundene Erinnerungen zu machen, das Verlorene und die Beschädigung zu betrauern. Ziel ist auch, die im Schmerz enthaltene Wut, den Hass, die Racheimpulse zu fühlen und zum Ausdruck zu bringen, sie dann wieder in einen „gerechten Zorn,“ zu wandeln. Die Kl. müssen lernen, sich für ihre eigenen Bedürfnisse zu empören, nicht mehr zu schämen und den Zorn nach außen zu richten. Es geht auch darum, die Trauer und den Ausdruck der Empörung möglichst energetisch, d. h. körperlich voll empfunden und ausgedrückt, zu beleben ...

Johanna im Juni 1998 (die Stunde danach)

Sie berichtet über Herzbeschwerden. Ein Arzt habe in der vergangenen Woche bei ihr eine Unregelmäßigkeit an einer Herzklappe festgestellt. Während der diagnostischen Phase in den letzten beiden Wochen habe sie viel Todesangst empfunden. Es sei aber medizinisch gesehen nicht so schlimm, wie anfangs befürchtet. Sie merke in diesem Zusammenhang, dass sie sich mit ihrem Herzen und der darin verfestigten Angst und Trauer weiter in der Therapie auseinandersetzen wolle. Es falle ihr so schwer, „die Vergangenheit, den Vater loszulassen“. Sie trage noch viel unbewältigte Trauer in sich.

Im folgenden Gespräch spiegele ich ihr noch einmal die Themen und ihre körperlichen Haltungsmuster, die damit im Zusammenhang stehen:

Ihr Körper bewahrt jahrzehntelang Schrecken, Angst, Trauer und Zorn auf. Der Schock und die ständige Bereitstellung eines Fluchtmechanismus bei gleichzeitiger Unmöglichkeit zu fliehen, haben dazu geführt, dass ihr Nacken, die Schultern, die Füße, Fußgelenke und Kniegelenke versteift und erstarrt sind. Der Energiefluss in den Gelenken ist blockiert. Ihr Bodenkontakt ist vermindert. Sie steht steif, unflexibel, zu sehr auf den Fersen, rückwärtsgerichtet. Sie geht psychisch und körperlich „rückwärts“. Die Vergangenheit hält sie in ihrem Erleben gefangen. Und ihr Körper zeigt ebenso, dass sie nicht bereit ist, nach vorne zu gehen. Sehr schnell in der Anfangszeit der Therapie war die Symptomatik der geschwellenen Füße behoben gewesen, die Starrheit aber ist geblieben.

Beine und Füße erzählen noch viel von dem Trauma des kleinen Flüchtlingsmädchens, das während der Flucht zu Tode erschrocken war und ausgeliefert. Ebenso verdeutlicht sich in der körperlichen Haltung der mangelnde mütterliche Halt.

Sie äußert im Gespräch: „Ich gehe immer in meine Phantasien“. Ich teile ihr mein Bild von ihr mit, dass sie mich an ein Tier erinnere, das ständig in Alarmbereitschaft und zu Tode erschrocken, erstarrt sei. Sie antwortet: „Ich sehe mich als einen Vogel Strauß, mit solchen Beinen!“ (Sie hat lange dünne Beine, vergrößerte Sehnen an der Ferse)

Da wir in der Stunde davor mit dem Erinnern und der psychischen Bewältigung der Szene im Zug auf der Flucht beschäftigt waren und sie intensiv Angst, Trauer und Wut zum Ausdruck gebracht hatte, und Johanna danach offenbar zwei Wochen mit ihrem Herzen und der Angst beschäftigt war, entscheide ich mich, heute etwas für die Sicherheit und langsame Lösung aus der Starrheit mit ihr zu tun, aber nicht weiter aufdeckend zu arbeiten.

Ich schlage ihr Körperübungen zum Bodenkontakt, zur Erdung und zu Lockerung der erstarrten Beine und Füße vor.

Als erstes zur Dehnung der Fußgelenke und zum Erspüren des eigenen, sicheren Bodens:

Johanna kniet auf dem Boden auf einem Knie, das andere Bein zieht sie in der Hocke zu sich hin, belastet vorneüber gebeugt diesen Fuß mit ihrem ganzen Gewicht und dehnt dadurch das Fußgelenk. Dabei bleibt die Ferse am Boden. Als nächstes geht sie wie ein Läufer am Start mit dem Fuß nach vorne, bis auf die Zehen. Dabei werden Kopf und Schultern nach vorne hingelassen, nicht angespannt. Der Mund bleibt geöffnet, die Ausatmung wird betont. (Das ganze abwechselnd mit dem linken und rechten Fuß.) Durch diese Übung wird das ganze Gewicht nach vorne verlagert, der Boden betont. Füße und Beine werden verstärkt gedehnt, besser durch-

blutet und besser wahrgenommen. Die Position eines Läufers am Start bedingt, dass Phantasien und Gedanken über Vergangenes in dem Moment nicht gut möglich sind. Das Hier und Jetzt wird betont.

Anschließend schlage ich ihr eine gemeinsame Übung mit Körperkontakt zu mir vor:

Wir stehen uns gegenüber, fassen uns mit ausgestreckten Armen an den Händen. Dabei sind die Knie leicht gebeugt. Beide legen wir unser Gewicht nach hinten, lassen uns vom Gegenüber in der Balance halten. Dann gehen wir langsam zusammen in die Hocke, bis wir beide auf dem Boden sitzen. Dabei ist es wichtig, es aufeinander abgestimmt und sich gegenseitig haltend zu tun. Anschließend aus dieser Haltung heraus wieder zusammen aufrichten.

Diese Übung betont zweierlei: den eigenen Stand und den Halt durch eine andere Person.

Zu Anfang der Übung verkrampft sich Johanna in den Schultern und Armen. Sie mag sich nicht ganz ausstrecken und auf meine Hände verlassen. D. h. sie/ihr Körper glaubt nicht an ein tragendes Gleichgewicht und an Halt innerhalb einer Beziehung. Die ganze Zeit hält sie intensiven Augenkontakt zu mir. Später fängt sie an zu weinen, als sie auf dem Boden ankommt und erfährt, dass sie nicht fällt, dass ich sie nicht fallengelassen habe.

„Wenn ich mich auf meine Füße und auf deine Hände verlassen kann, brauche ich nicht mehr wegzulaufen.“

Danach beginnt sie zu lachen wie ein kleines Mädchen und blickt mich freudig vertrauensvoll an.

Integration und Wiederanknüpfen

Johanna im Juli 1998

Sie schildert die Situation, nachdem der Vater aus Sibirien in die Familie zurückgekehrt war und sich jähzornig-aufbrausend den Kindern gegenüber verhielt. Der Krieg ging im Kinderzimmer weiter. Der durch den Krieg und die Gefangenschaft traumatisierte Vater verprügelte die Brüder. Johanna sah zu, ohne dagegen einschreiten zu können. Vater: „Sei still, sonst kriegst du's auch!“

Johannas Gefühl heute noch ist, dass sie für ihre Brüder hätte eintreten müssen, und dass Sie stattdessen diese geopfert hat, um selbst verschont zu bleiben. (Ein Bruder ist inzwischen verstorben, der andere schwer herzkrank.) Sie hat Schuldgefühle, dass sie davongekommen ist und dass es ihr heute besser geht als den Brüdern. Es ist typisch für Traumatisierte, dass sie sich auch mit dem Täter identifizieren und sich an seiner Stelle schuldig und verantwortlich fühlen.

Die Kl. äußert den Wunsch, in der heutigen Stunde etwas Festes im oberen Rücken zur Unterstützung zu haben, um sich selbst besser zu fühlen. Sie habe schon auf dem Weg zu mir an die feste Holzrolle gedacht, die sie bislang nie mochte, weil sie ihr zu hart erschien. Heute sei es nun soweit. Bis dahin hatte sie diese Arbeit stets abgelehnt.

Sie legt sich zielstrebig auf den Fußboden. Auf den Rücken, mit angewinkelten Beinen, die Füße aufgestellt, die Holzrolle unter den oberen Rücken in Höhe des Zwerchfells. Ich setze mich neben sie auf den Boden. Johanna beginnt tiefer zu atmen. Bauch, Becken und Beine fangen an zu zittern. Sie fängt an zu weinen und zu schluchzen und sagt, dass sie die Situation vor sich sehe, wie ihr Vater die Brüder verprügelt und sie zusehen muss. Sie fühlt sich hilflos und schuldig. Es tue so weh, das mit ansehen zu müssen. Lieber hätte sie selbst die Prügel bekommen. Aber damals als 8jährige sei sie dem Geschehen ausgeliefert gewesen.

Ich sage ihr, dass es eine Überforderung für sie in dem Alter gewesen sei, dem wütenden Vater etwas entgegenzusetzen oder sich für den Ablauf verantwortlich zu fühlen. Sie weint hierauf heftiger, schluchzt lauter. Ruft mit der Stimme eines Mädchens: „Das kannst du doch nicht machen! Du schlägst sie doch tot!“ (an den Vater gerichtet). Ihre Beine zittern stark. Die Angst vor dem Zornausbruch des Vaters, ihre Angst um die Brüder und um sich selbst, ist für mich deutlich zu spüren.

Johanna fängt an zu husten, greift sich ein Taschentuch, würgt und spuckt Schleim aus. Es folgen mehrere Hustenanfälle und das Ausspucken von Schleim. Einmal bittet sie mich, ihr ein Taschentuch zu reichen. Ansonsten ist sie mit dem Ablauf ihrer Gefühle vollständig beschäftigt und bei sich. Ich sitze nur daneben und bin Zeugin. Sie kann meine Präsenz fühlen, ohne dass ich viel sage oder etwas tue.

Weil es mir so schmerzhaft und anstrengend erscheint, frage ich sie nach einiger Zeit, ob die Holzrolle unter ihrem Rücken weg soll. Sie verneint. Es sei weiterhin richtig und gut für sie.

Sie beginnt, – noch etwas steif – mit den Füßen auf dem Boden zu stampfen. Ich ermutige sie, fester aufzstampfen und ihrem Protest gegen das, was vor ihren Augen geschieht, Ausdruck zu verleihen. Sie stampft immer kräftiger auf den Boden. Das Zittern in den Beinen hört auf. Die Hustenanfälle gehen zurück. Stattdessen begleitet sie nun ihr Aufstampfen mit zornigen Lauten. Am Ende der Sitzung wirkt Johanna gelöst, friedlich, lacht mich mit vertrauensvollem Blick an. Sie sieht viel jünger aus.

[...]

Die Kl. wird ermutigt, die Emotionen zu durchleben, die unvollständig oder gar nicht gelebt werden konnten, während das Trauma geschah. Johanna spricht die Worte aus, die sie als kleines Mädchen ihrem Vater nicht

sagen konnte. Sie zeigt die Gefühle des Entsetzens, der Angst, der Trauer, des Zorns emotional-körperlich mit vollem Ausdruck während der Therapiesitzung [...] Damals in der traumatischen Situation waren diese Gefühle vorhanden, jedoch nicht zum Ausdruck zu bringen. Sie sind abgespalten und eingefroren worden in der Erstarrung des Körpers: in den Füßen/Beinen der Impuls zu treten und aufzustampfen, in ihrem Brustkorb das tiefe Schluchzen, im Nacken und in den Augen das Entsetzen, im Zwerchfell und Magen die Abwehr, der Ekel, das Spucken und Kotzen.

[...]

Darüber hinaus geht es in dieser Therapiephase darum, dass die Kl. sich in ihrem Körper wieder heimisch fühlen; sowie sich selbst und andere wieder lieben zu lernen, intime und sexuelle Beziehungen zu wagen. Durch das Trauma ist die Lust am eigenen Körper verlorengegangen, stattdessen existiert ein Verbot zu genießen. Durch die Vermittlung positiver Körperwahrnehmungen werden neue „Spuren“ gelegt. Der Körper muss nicht mehr insgesamt abgewehrt werden, weil er negativ besetzt ist (wie durch das Trauma geschehen). Es findet eine Differenzierung statt: die Kl. lernen, Lust und Unlust, Freude und Trauer, Zorn und Gelassenheit, das ganze Gefühlsspektrum wieder zu akzeptieren und zu ertragen. Am Ende steht möglicherweise der Genuss von Höhen und Tiefen, die das Lebendigsein mit sich bringt. Aus der Verletzung, dem Trauma, kann am Ende auch die Wahrnehmung eigener Fähigkeiten und kreatives Potential erwachsen. In dieser Phase entdecken die Kl. oft ihre verlorengegangene Kreativität wieder: Singen, Malen, Tanzen, Sport, Schreiben, usw. Wenn das Trauma, die Vergangenheit, nicht mehr solche Macht auf die Kl. ausübt, ist es möglich, sich wieder der Gegenwart, Zukunft, und der sozialen Umgebung zuzuwenden.

Die Klientin Johanna hat eine Tätigkeit als Laienhelferin in einem Hospiz aufgenommen und begleitet nun Sterbende. Dabei ist sie aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen in der Körpertherapie sehr ganzheitlich dabei. Sie berührt körperlich und ist nicht nur verbal anwesend. Außerdem arbeitet sie als Kinderfrau für einen dreijährigen Jungen. Auf diese Weise hat sie in ihrer Arbeit eine Integration der beiden Seiten des Lebens (Anfang und Ende) sowie ihrer persönlichen Erfahrungen geschaffen. Insgesamt genießt sie ihr Leben mehr und ist in ihrer Beziehung zum Glauben gefestigt.

Beispiel 6.1: „Irgendwann bricht etwas Schreckliches über mich herein“

Das Fallbeispiel einer 40-jährigen Patientin mit Angstsymptomatik verdeutlicht:

- verschiedene Elemente der Struktur-, der Spiel- und der Skriptanalyse und ihren Zusammenhang.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Abschnitte:

- 6.2 Strukturanalyse
- 6.4 Spielanalyse
- 6.5 Skriptanalyse

Quelle

Waiblinger, A. (1989).

Neurosenlehre der Transaktionsanalyse.

Berlin: Springer (S. 76–80).

Mit freundlicher Genehmigung.

Die 40jährige Patientin kommt, weil sie seit einem Jahr nicht mehr Autofahren kann und seit einigen Wochen auch am liebsten das Haus nicht mehr verlassen möchte. Vor 4 Jahren begann ihre Angst vor dem Autofahren, damals konnte sie zuerst nicht mehr auf die Autobahn, dann mied sie längere Strecken, und bis vor einem Jahr getraute sie sich immerhin noch im Umkreis von ca. 10 km zu fahren. Sie wurde in dieser Zeit von ihrem Hausarzt medikamentös behandelt, „doch außer daß ich nicht so stark unter Unruhe und Herzklopfen litt, hat das mir nichts gebracht.“

Die Patientin ist das einzige Kind von sehr rigiden, auf Äußerlichkeiten und Konventionen bedachten Eltern. Sie betrieben eine kleine Parfümerie, die Wohnung bestand aus einem Hinterzimmer in diesem Geschäft. Die Patientin schämte sich als Kind, dorthin Schulkameradinnen und Freundinnen einzuladen, deshalb wuchs sie sozial sehr isoliert auf. Sie fühlte sich stets einsam und von den Eltern verlassen, denn diese hatten keine Zeit für sie, waren stets beide im Geschäft, Angestellte konnten sie sich nicht leisten. So saß das Mädchen nach der Schule stets alleine in der „Wohnung“ und mühte sich angestrengt mit den Hausaufgaben ab. Dieses trostlose Milieu verließ sie sofort nach dem Abitur, heiratete einen sehr lebenslustigen, aber auch verantwortungslosen Geschäftsmann, der sie zunächst mit Schmuck, einem teuren Auto und einem fast ebenso teuren Pelzmantel beschenkte, ihr dann, nachdem er sein Geschäft heruntergewirtschaftet hatte, alles wieder abnahm und im Pfandhaus versetzte. Nach kurzer Ehe, die kinderlos blieb, ließ sie sich scheiden; einige Zeit später erkrankte sie an Gebärmutterkrebs. Nach vielen leidvollen Jahren, die mit der Hysterektomie, Bestrahlungen und Ängsten vor einem malignen Verlauf der Krankheit ausgefüllt waren, bekam sie – sie hatte nach der Schule eine Drogistenausbildung absolviert – eine attraktive Stellung als Vertreterin für eine große Kosmetikgesellschaft. Diese Stelle brachte es mit sich, daß sie fast ständig im Auto unterwegs war. Mit 32 Jahren lernte sie dann einen sehr soliden, zuverlässigen und auf sie liebevoll eingehenden Mann kennen, der ebenfalls freier Unternehmer war. Sie heiratete ihn, und beide bauten ein Haus in einer kleinen Ortschaft, die 20 km vom nächsten Bahnhof entfernt liegt. Das Geschäft des Ehemannes geht gut, doch die Schulden des Hausbaus belasten die Patientin sehr. Wenn sie darüber spricht, ist ihre starke Existenzangst zu spüren. Aufgrund der Autofahrphobie mußte die Patientin ihre Vertreterinnenstelle aufgeben und arbeitet jetzt im Geschäft des Mannes mit, vorwiegend betreut sie die Buchhaltung. „Hier hab ich erst mal alles auf Vordermann gebracht, das war viel Arbeit, dieses Chaos zu ordnen.“ Der Ehemann, der gelegentlich an den Therapiestunden mit teilnimmt, meint, daß seine Buchhaltung auch vor der Mitarbeit seiner Frau in Ordnung gewesen sein, aber jetzt sei alles auf das Perfekteste organisiert und sie dulde nicht die aller kleinste Nachlässigkeit. Eine Pfennigdifferenz bei der monatlichen Abschlußrechnung sucht sie bis spät in die Nacht hinein, sonst könnte sie nicht schlafen. Umschläge und Briefbögen müßten akkurat aufeinanderliegen, alles hat einen bestimmten Platz und darf nur dorthin gelegt werden; im Badezimmerschrank sind die Handtücher nach Farben geordnet, alles was mit der Kleidung zusammenhängt, unterliegt einem strengen, unerbittlichen System. Die Patientin achtet sehr auf alle Unzulänglichkeiten bei anderen Menschen, ein Lehrling auf der Post „macht mich ganz nervös und verrückt, weil er so langsam, umständlich und ohne System arbeitet, ich bin dann so ungeduldig, daß ich am liebsten gleich wieder hinauslaufen würde.“ Das Ehepaar lebt sehr isoliert, weil

die Patientin mit den Verhaltensweisen der meisten anderen Menschen nicht einverstanden ist, sie ihrem Mann gegenüber kritisiert, wenn sie sich nicht tadellos der Etikette entsprechend verhalten.

Im Laufe der Therapiestunden präzisiert sie ihre Gefühlszustände – sehr wort- und bilderreich: „Ich habe ständig ein Gefühl, wie Nervenstränge, die um die Ecke biegen ... es ist als hätte ich meine Finger in der Steckdose ... manchmal fühle ich mich, als ob mich der Teufel reitet ... es explodiert in mir und ich bin am Rotieren ...“

Diese Beschreibungen ihres inneren Erlebens zeugen von einer starken Energiestauung. Der Persönlichkeitsanteil, welcher sich in solchen Bildern äußert, ist das Kind-Ich; d. h. das Kind-Ich – speziell der kreative, Lösungen suchende Teil, den ich an anderer Stelle mit Hermes, dem göttlichen Schelm verglichen habe – versucht, die hohe Energiespannung, zumindest teilweise, in Bilder umzuwandeln. Dadurch kann zwar ein Teil der energetischen Spannung neutralisiert werden, doch nicht die ganze. Daß dieser noch sehr hohe Energiebetrag nicht ins Erwachsenen-Ich durchbricht und die Stabilität des Erwachsenen-Ich gefährdet, was durchaus zu Selbstmord, Mord oder einer Psychose führen könnte, ist Aufgabe des Eltern-Ich. Es sorgt mit ständigen, unerbittlichen Perfektionsforderungen für eine weitere Verwendung der Energie. Mit dem *Antreiber* „Sei perfekt“ versucht es auf eine sozial anerkannte Art, die enorme Energie zu regulieren, vor deren verheerenden Auswirkungen die Patientin eigentlich Angst hat (sie berichtet über Phantasien, was alles beim Autofahren passieren kann: „Ich könnte irgendwo zu Tode verletzt liegen und niemand würde es bemerken“).

Phobien weisen oft verdrängte selbstmörderische, mörderische oder psychotische Tendenzen auf. So wäre es in der Behandlung falsch, zuerst den Antreiber außer Kraft zu setzen oder ihn mindern zu wollen. Er schützt vielmehr die Persönlichkeit. Wo ist also anzusetzen? Da, wo die Psyche des Betroffenen selbst ansetzt: In diesem Fall an der Neutralisierung der hohen Energiespannung. Die Patienten mit ihren inneren Mechanismen zeigen uns also selbst am besten, was in der Therapie zu beachten ist.

Um die Energiestauung im Kind-Ich allmählich lösen zu können, muß man natürlich wissen, wie sie zustandekommt. Bei der Patientin fällt auf, daß sie nicht nur permanent in einem ärgerlichen, trotzig-beleidigten Tonfall spricht, sie äußert auch ihren Ärger über im Grunde alle Menschen ihrer Umgebung. Der Ärger ist also neben der Angst ihr Ersatz- oder „Lieblings“gefühl. Welche anderen Gefühle werden dadurch ersetzt?

So nach und nach kristallisiert sich während der Therapie die Lebensgeschichte heraus und v. a. ihre Beziehung zum jetzigen Zustand der Patientin:

Die Mutter wollte eigentlich keine Kinder, und der Vater wollte kein Mädchen (die Patientin trägt ihre Haare superkurz, höchstens einen halben Zentimeter lang). Ihr *Skriptzeichen* resultiert also demnach aus der Einschärfung „Sei nicht du selbst“, also „Sei kein Mädchen“, wozu auch die Hysterektomie mit 29 Jahren paßt. Sie sagt über ihre Mutter: „Sie ist noch heute eine attraktiv und jung aussehende Frau. Sie war stets nur an Äußerlichkeiten interessiert. Sie legte immer viel Wert auf die neuste Mode, wobei die Accessoires von oben bis unten genau passen mußten. Als ich das letzte Mal von der Therapiestunde nach Hause ging, traf ich sie unterwegs, sie ging zum Einkaufen. Das einzige, was sie sagte, war: „Was hast du denn für einen Fummel an!“ (Die Patientin ist stets sehr geschmackvoll und sicher auch teuer gekleidet).

Doch als das Kind damals unterwegs war, entschied sich die Mutter ganz bewußt, es anzunehmen. Sie sah es als ihre Pflicht an und nahm sich vor, dieses Kind nach allen Regeln der Kunst zu einem tadellosen Erwachsenen zu erziehen. Sie freute sich sogar auf diese Aufgabe. Für ihren Selbstwert, ihren Narzißmus, war es wichtig, das Kind zu bekommen und es nach ihrem Bilde zu formen. Der Patientin wurde im Laufe der Therapie immer deutlicher bewußt, wie sehr sie in allen Lebensbereichen ihrer Mutter ähnelt, vor allem was ihren Perfektionismus und ihre Dominanz betrifft. Der Ehemann berichtete einmal: „Seit die Schwiegermutter im Haus ist, brauche ich keine Uhr mehr. Jeden Tag gehen Punkt 8.00 Uhr bei ihr die Rolläden hoch. Als meine Frau noch außer Haus berufstätig war und ich bei ihr aß, läutete pünktlich um 12.00 Uhr das Telefon, daß die Suppe auf dem Tisch stünde, und um 15.00 Uhr servierte sie den Kaffee“.

In der Atmosphäre absoluter Genauigkeit, korrekter Lebensführung und peinlichster Pflichterfüllung wuchs also das kleine Mädchen auf. Es gab für sie keine warme mütterliche Nähe, keine Zärtlichkeiten und fröhliche Spiele („Das verzärtelt nur!“). Auch vom Vater kam keine Wärme und keine Anerkennung. Er war ein zurückgezogener, stiller Mann, oft auf Reisen, er blieb ihr bis zu seinem Tod fremd. Sie war und blieb Mutters Tochter, ihre einzige Lebensaufgabe sollte es sein, Mutter stolz auf sie (auf sich) zu machen, mit ihrer Entwicklung und ihren Leistungen Mutter mit glänzendem Licht umgeben. Die Tochter sollte einzigartig sein, ganz individuell, sie wurde früh zur Autonomie gedrängt,

aber nicht zu ihrer eigenen, sondern zu der, die Mutter sich vorstellte – was der wirklichen Autonomie widerspricht. So hat die Patientin in ihrem Skript nicht nur die Einschärfung vom Vater „Sei nicht du selbst“, sondern v. a. auch die von der Mutter „Gehöre nicht dazu“. In dieser Einschärfung wird der *Skriptkonflikt* sehr deutlich: „Gehöre nicht dazu“ heißt „Sei ganz individuell, sei nicht wie die anderen, sei ein Einzelgänger.“ Nur scheinbar begünstigt eine solche Einschärfung jedoch eine wirkliche individuelle Entwicklung. Denn Autonomie bedeutet nicht Andersartigkeit, sondern Unabhängigkeit. Natürlich ist, daß Menschen sich im Kreis ihrer Umgebung – Familie, Nachbarn, Freunde – angenommen und wohlfühlen, auch wie alle andere sein wollen. Sich trotzdem von den anderen abgrenzen zu können, einzigartig und unabhängig – realistisch! – zu sein, bedeutet Autonomie in gesunder Weise. Doch gerade das durfte die Kleine damals nicht, und auch noch immer nicht die heute erwachsene Frau. Sie sollte nicht einzigartig in ihrer Weise, sondern so wie Mutter sein. Daß ein Kind mit solch einem Konflikt nicht fertig werden kann, liegt auf der Hand. So blieb der Kleinen nichts anderes übrig, als die Emotionen, die hierdurch ausgelöst wurden, zu verdrängen. Diese waren Schmerz, Trauer, Wut, Liebe und Freude. All dies gehört nicht zum heutigen Gefühlsrepertoire der Patientin. Sie ist sehr rational eingestellt, sie mag ihren Mann „so la la – was soll die Frage überhaupt?“ und ärgert sich ansonsten über die „Zeitgenossen“, die „Schmarotzer“, die „Tranfunzeln“, die „Dummen“, denn „Dummheit stirbt ja bekanntlich nicht aus“, und die „eingebildeten Fatzkes, die gibt es ja überall, was die eigentlich glauben, wer sie sind.“

Es ist oft nicht leicht, dieser oberflächlich und undifferenziert urteilenden Frau gegenüber wohlwollend und annehmend zu bleiben. Sie provoziert sehr stark Ärger bis Empörung und Ablehnung im Gegenüber. Dadurch hat sie auch äußerlich erreicht, „nicht dazuzugehören“, denn sie schreckt potentielle Freunde von vorneherein ab und hat es auch geschafft, im Ort, in dem sie lebt, unbeliebt zu sein. Dies bringt sie mit ihrem *Lieblingsspiel* fertig: „Jetzt hab’ ich dich endlich, du Schweinehund.“ Die Dynamik des Spiels besteht darin, die schwachen Stellen beim anderen herauszufinden, sie so lange subtil zu provozieren, bis der andere den „Fehler“ macht, sie zu agieren, und dann kann der „Spieler“ (die Patientin) triumphierend feststellen: „Jetzt hab’ ich dich endlich und sehe, was für ein Schweinehund (Zeitgenosse, Schmarotzer, eingebildeter Fatzke) du bist.“ Das innere Gleichgewicht ist damit erneut hergestellt, denn sie hat wieder einmal Mutters Forderung erfüllt, nicht zu sein wie alle anderen, sondern besser und toller als „die Schweinehunde“ dazustehen.

Folgerichtig nimmt sie die *Grundposition* „Ich bin o.k. – du bist nicht o.k.“ ein; ihre *Skriptentscheidung* lautet: „Ich passe genau auf, daß ich nichts falsch mache“, und das ihr übermittelte *Lebensprogramm* heißt: „So verhält man sich korrekt.“ Ihre größte Angst formuliert sie folgendermaßen: „In mir ist irgendwo ständig die Vorstellung da, daß irgendwann etwas Schreckliches über mich hereinbricht.“

Dennoch schränkt diese Grundbefürchtung sie nicht in einem derartig starken Maße ein wie die im vorangegangenen Kapitel beschriebene Patientin, die an einer Angstneurose leidet. Die Angst bleibt hier in der Phobie vor dem Autofahren konzentriert, während sie dort das gesamte Leben der Frau durchdringt. Wie läßt’ sich dieser Unterschied erklären?

Die Angstneurosepatientin erhielt die Einschärfung „Werde nicht erwachsen“, was dazu führte, daß sie weder ein ausreichend starkes Erwachsenen-Ich noch ein ausreichend schützendes Eltern-Ich aufbauen konnte. Anders verhielt es sich bei der Patientin, die eine Phobie entwickelte: Ihr wurde über die strengen Erziehungsmaßnahmen der Mutter ein zwar rigides, doch unbestechlich hartes Eltern-Ich „implantiert“, das die „Schwäche“ einer Angstüberflutung nicht zuläßt. Wahrscheinlich haben beide Patientinnen gleich viel Angst, doch diese Frau hier darf ihre Angst nicht als Ganzes zulassen, sie muß sie sozusagen komprimieren und kann sie nur als – auch vom Rationalen her gut zu verstehende – Angst vor dem Autofahren erleben. Hiergegen kann selbst das kritischste Eltern-Ich nichts einwenden, denn so wie es heutzutage auf den Straßen zugeht, ist Autofahren ja wirklich gefährlich. Es muß also – um auf meine Eingangüberlegungen in diesem Kapitel zurückzukommen – in der Therapie darum gehen, daß ein Weg gefunden wird, die enorme Spannung, unter der die Frau steht, allmählich zu verringern. Denn so eine Spannung kann, wenn sie sich explosiv entlädt, zum Zusammenbruch aller Erwachsenen- und Eltern-Ich-Aufbauten führen, zumal diese – wie ein zu hastig erstelltes Hochhaus auf einer Sanddüne, – keinen stabilen Unterbau aufweisen. Der Weg besteht darin, daß mit viel Geduld und Ausdauer und ständiger wohlwollender Reflexion der im Therapeuten ausgelösten Emotionen – welche zu unbewußten („heimlichen“) Transaktionen führen können – die unterdrückten, damals situationsadäquaten Affekte – Schmerz, Trauer, Wut – nach und nach bewußt gemacht und nacherlebt werden. Dann wird sich auch die wohl noch nie von der Patientin empfundene Lebensfreude und liebende Toleranz, sowohl sich selbst als auch anderen gegenüber, einstellen.

Zusammenfassung der Skriptelemente:

Einschärfungen:	„Gehöre nicht dazu – sei nicht du selbst.“
Antreiber:	„Sei perfekt.“
Spiel:	„Jetzt hab’ ich dich endlich, du Schweinehund.“
Gefühlsmasche:	Angst – Ärger.
Grundposition:	„Ich bin o.k. – du bist nicht o.k.“
Skriptentscheidung:	„Ich passe genau auf, daß ich nichts falsch mache.“
Lebensprogramm:	„So verhält man sich korrekt.“
Größte Angst des Kind-Ich:	„... daß irgendwann etwas Schreckliches über mich hereinbricht.“

Beispiel 9.1: Klassisches Token-Programm mit hospitalisierten schizophrenen Patienten

Das Fallbeispiel aus einer klassischen Studie zu einem Token-Programm mit hospitalisierten schizophrenen Menschen verdeutlicht:

- in welchen verhaltenstherapeutischen Gesamtkontext ein Token-Programm eingebettet sein kann.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf das Kapitel:

- 9.2 Operante Ansätze

Quelle

Davison, G. C. & Neale, J. (2002). Klinische Psychologie. Weinheim: Beltz (S. 393f).

Auch wenn in den letzten 30 Jahren der Trend dahin geht, Schizophrenie so kurz wie möglich in ein psychiatrisches Krankenhaus aufzunehmen, gibt es immer noch viele Menschen, die in Einrichtungen leben, viele von ihnen viele Jahre lang. In den 1960er Jahren führten Verhaltenstherapeuten in den psychiatrischen Krankenhäusern ein neues System, das sog. Münzsystem, ein. Der umfassendste und beeindruckendste Versuch damit wurde von Gordon Paul und Robert Lentz (1977) beschrieben. Da ihr Projekt ein Meilenstein in der Behandlung der Schizophrenie und zugleich ein Beispiel für vergleichende Therapieforschung ist, beschreiben wir es hier ausführlicher.

Die Stichprobe. Die regredierten und chronisch schizophrenen Langzeitpatienten dieses Programms waren wohl die psychisch gestörtesten hospitalisierten Erwachsenen, die jemals systematisch untersucht wurden. Manche schrien regelmäßig längere Zeit, andere sprachen gar nicht. Viele nässten ein, einige waren gewalttätig. Die meisten aßen nicht mehr mit Besteck, einige pflegten ihr Gesicht im Essen zu vergraben. Die Patienten wurden nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Hintergrund, Symptomen und Dauer der Hospitalisierung parallelisiert und einer von drei Stationen zugewiesen, auf denen mit ihnen entweder nach den Prinzipien des sozialen Lernens, der Milieuthherapie oder der normalen Klinikroutine verfahren wurde. Die beiden Behandlungsstationen hatten sich anspruchsvolle Ziele gesetzt: Die Bewohner sollten lernen, selbständig für ihre Körperpflege zu sorgen, im Haushalt zu helfen, zu kommunizieren und ihre sprachlichen Möglichkeiten zu verbessern; das Symptomverhalten sollte reduziert, und die Patienten sollten schließlich entlassen werden können.

Station für soziales Lernen. Die Station für soziales Lernen war in einem neuen Zentrum für psychische Gesundheit untergebracht und arbeitete mit einem Münzsystem, das verschiedene Aspekte des Lebens der Bewohner umfasste. Jeden Morgen wurde die äußere Erscheinung der Patienten inspiziert und musste, um mit einer Münze honoriert zu werden, elf Kriterien entsprechen. Ordentlich gemachte Betten, gutes Benehmen bei den Mahlzeiten, Teilnahme am Unterricht und soziales Verhalten während der Freizeit brachten weitere Münzen ein. Die Bewohner lernten diese Fähigkeiten, durch Modelllernen, Verhaltensformung, direkte Hilfen und Instruktionen. Sie wurden auch einem Training unterzogen, um besser miteinander zu kommunizieren, und nahmen an Gruppen zum Problemlösen teil. Die Münzen waren notwendig, denn mit ihnen konnte man Mahlzeiten und kleine Luxusartikel erwerben. Die Bewohner lebten nicht nur nach dem Münzsystem, sondern erhielten auch Verhaltenstherapien, die auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnitten waren (z. B. Selbstbehauptungstraining bei Konflikten mit dem Personal). Den größten Teil ihrer wachen Stunden (85 Prozent) waren sie damit beschäftigt, angemessenes Verhalten zu lernen.

Station für Milieuthherapie. Auf einer anderen Station des Zentrums wurde nach den Prinzipien der „therapeutischen Gemeinschaft“ gearbeitet [...]. Auch hier wurden die Bewohner den größten Teil ihrer wachen Zeit (85 Prozent) beschäftigt. Man erwartete von ihnen, dass sie verantwortlich handelten und sich an Entscheidungen, die das Leben auf der Station betrafen, beteiligten. Außerdem bemühte man sich, sie wie normale Menschen und nicht wie inkompetente psychiatrische Menschen zu behandeln. Das Personal trat den Bewohnern mit positiven Erwartungen gegenüber und lobte sie für jedes Wohlverhalten. Zeigte jemand Symptomverhalten, blieb ein Mitarbeiter bei ihm und verdeutlichte ihm seine Erwartung, dass er sich bald angemessener verhalten werde.

Normale Klinikroutine. Die Patienten dieser Gruppe führten ihr gewohntes Klinikleben weiter, standen unter Bewachung und erhielten starke antipsychotische Medikamente. Abgesehen von den 5 Pro-

zent ihrer wachen Stunden, die sie mit Aktivitäten, Freizeit-, Beschäftigungs-, Einzel- und Gruppentherapien verbrachten, blieben sie sich selbst überlassen.

Vor Beginn des Programms wurde das Personal der beiden Behandlungsstationen sorgfältig darin geschult, den detaillierten Anweisungen des jeweiligen Therapiehandbuchs zu folgen. Durch regelmäßige Beobachtungen wurde sichergestellt, dass die Mitarbeiter die Prinzipien des sozialen Lernens oder der Milieuthherapie auf der Station umsetzten. Während der 4,5 Jahre auf der Station und noch 1,5 Jahre danach evaluierte man den Behandlungserfolg regelmäßig mithilfe strukturierter Interviews und genauer direkter Verhaltensbeobachtungen.

Ergebnisse. Beide Behandlungsformen, das soziale Lernen wie auch die Milieuthherapie, bewirkten eine Reduzierung des Symptomverhaltens, wobei die Station für soziales Lernen bei einer Reihe von Maßen bessere Ergebnisse erzielte. Die Bewohner lernten, sich selbst zu versorgen, den Haushalt zu führen und erwarben soziale und sprachliche Fertigkeiten. Beide Behandlungsgruppen waren in ihrem Verhalten den Patienten der Klinikstation überlegen, und nach Abschluss der Behandlung konnten mehr von ihnen entlassen werden. Tatsächlich verließen über 10 Prozent der mit sozialem Lernen behandelten Patienten das Zentrum, um ein unabhängiges Leben zu führen. Von den Milieutherapiepatienten erreichten 7 Prozent dieses Ziel, von den Klinikpatienten keiner.

Medikamentenbedarf. Interessant war auch der unterschiedliche Bedarf an Medikamenten. Etwa 90 Prozent der Patienten in allen drei Gruppen erhielten zu Beginn der Studie Neuroleptika. Im Lauf der Zeit stieg dieser Anteil bei der Routinebehandlung auf 100 Prozent, während er in den beiden anderen Gruppen drastisch sank: auf 18 Prozent in der Milieuthherapie und auf 11 Prozent beim sozialen Lernen. Dabei hatte das medizinische Personal angenommen, dass die Patienten ihre Medikamente unbedingt brauchten, da ansonsten der Umgang mit ihnen zu schwierig wäre.

Entlassungen. Aus allen drei Gruppen wurden Patienten in Gemeindeeinrichtungen wie Ganztagsheime und Übergangsheime entlassen, wo sie zwar unter Aufsicht, aber erheblich weniger eingeschränkt lebten, als in den durchschnittlich 17 Jahren zuvor. Die Mitglieder der mit sozialem Lernen vertrauten Gruppe hielten sich in diesen Gemeindeeinrichtungen deutlich besser als die Patienten der beiden anderen Gruppen. Bedenkt man, wie unselbständig die Patienten zu Beginn des Projektes waren, sind diese Ergebnisse beeindruckend. Hervorzuheben ist auch, dass das soziale Lernen dem Milieuprogramm überlegen war, denn viele psychiatrische Kliniken haben die Milieubehandlung eingeführt. In der Form, wie sie von Pauls Team durchgeführt wurde, erhielten die Patienten dabei mehr Aufmerksamkeit als die Patienten der Station für soziales Lernen. Das mit der Milieubehandlung verbundene größere Maß an Aufmerksamkeit dürfte ausreichen, um die Therapie des sozialen Lernens in Bezug auf unspezifische Effekte zu kontrollieren.

Rolle des Münzsystems. Gleichwohl bestätigte sich damit nicht die Nützlichkeit von Münzsystemen an sich, denn das soziale Lernen enthielt Elemente, die über das operante Konditionieren offenen motorischen Verhaltens hinausgingen. Das Personal informierte die Bewohner über angemessenes Verhalten und versuchte, Missverständnisse verbal zu klären. Paul (persönliche Mitteilung, 1981) wies dem Münzsystem nur eine sekundäre, wenn auch keineswegs triviale Rolle zu. Er hält es für ein nützliches Mittel, in den ersten Behandlungsstadien die Aufmerksamkeit schwer regredierter Patienten zu gewinnen. Das Münzsystem war für seine Patienten eine Gelegenheit, neue Informationen aufzunehmen oder, wie Paul es im Gespräch formulierte, „etwas Vernünftiges in ihren Kopf zu kriegen.“

Beispiel 9.2: Ätiologie und Therapie eines Alkoholikers

Das Fallbeispiel eines 27-jährigen alkoholabhängigen Mannes verdeutlicht

- die lerntheoretische Perspektive auf Ätiologie und Therapie,
- verschiedene Instrumente und Techniken der lerntheoretischen sowie der kognitiven Verhaltenstherapie.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Abschnitte:

- 9.1 Desensibilisierung und Angstbewältigung
- 9.2 Operante Ansätze
- 9.3 Selbstkontrolle
- 10.5 Selbstinstruktion

Quelle

Arend, H. (1999). Alkoholismus. Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Weinheim: Beltz (S. 182–216).

Symptomatik, Zuweisungsmodus, biopsychosoziale Problemlage (Eingangsgespräch)

Der Klient befindet sich bei der Kontaktaufnahme in der Beratungsstelle stationär zur Alkoholentgiftung im Krankenhaus. In den letzten Wochen ist es bei dem Klienten vermehrt zur Unruhezuständen, Schweißausbrüchen und starkem Zittern der Hände gekommen. Er hat deswegen seinen Hausarzt aufgesucht, worauf dieser ihn in das Krankenhaus eingewiesen hat. Im Krankenhaus wurde eine medikamentös gestützte Entgiftung durchgeführt, und der Arzt hat dem Klienten eine ambulante Psychotherapie empfohlen und ihn auf unsere Einrichtung verwiesen.

In diesem ersten Gespräch – 5 Tage nach der Kontaktaufnahme – erlebe ich den Klienten immer noch sehr unruhig und fahrig, teilweise unsicher, ängstlich und in abwartender Haltung („Mal sehen, was da auf mich zukommt“).

Auf meine Bitte, seine Problematik zu schildern, beginnt der Klient eher beschämt von seiner Alkoholproblematik zu erzählen und bezeichnet sie als eine „unangenehme Geschichte“. *„Ja, mit dem Alkohol, das ist eine unangenehme Geschichte, und ich habe mich lange gesträubt dagegen, habe lange gedacht, das ist nicht so schlimm, das bekommst Du wieder in den Griff. Ich bin auch nicht gleich ins Krankenhaus, habe erst mal 2 Tage gewartet und bin dann erst mittags hin. Habe an dem Morgen auch nichts getrunken.“* Der Klient hat sich bei der Aufnahme im Krankenhaus von Scham- und Schuldgefühlen überschwemmt erlebt, und auch Angst, was auf ihn jetzt zukommt, ist dabeigewesen. Diese Gefühle schwingen auch im Erstgespräch ganz stark mit und führen dazu, daß er nur äußerst knappe Schilderungen macht und die Dinge auch nicht so genau beim Namen nennen möchte. So entsteht ein Bild, daß der Klient nonverbal sehr unruhig, ängstlich, hilflos wirkt und sich verbal eher Distanz verschafft, die „Sache“ rational und nüchtern angehen möchte und von mir Vorschläge erwartet. Neben der Alkoholproblematik erlebt der Klient bei sich starke Kompetenzdefizite in sozialen Situationen, Unsicherheiten und Ängste vor Belastungssituationen sowie Arbeits- und Konzentrationsprobleme. *„Ich habe immer mehr gelernt, Situationen mit Alkohol anzugehen, die Flasche ist immer wichtiger geworden.“* Insbesondere sieht er in der Fortführung und Beendigung seines Studiums – in den letzten beiden Semestern hat er sich aufgrund seiner Alkoholabhängigkeit praktisch nur noch eingeschrieben – ein Riesenproblem, das starke Insuffizienzgefühle bei ihm auslöst. *„Ich habe oft das Gefühl, ich schaffe das Studium nicht, was soll dann werden?“*

Der Klient hat bisher wegen der Alkoholproblematik keinen Kontakt zu irgendeiner Institution gehabt, und die Aussprache mit seinem Hausarzt, die zur Einweisung ins Krankenhaus geführt hat, war für ihn überhaupt das erste ernsthafte Gespräch über seine Alkoholproblematik. Die Erwartungen des Klienten sind dahingehend, daß *„ich nicht mehr zur Flasche greifen muß und daß die Therapie dabei helfen kann.“* Auch wenn er vom Arzt auf die Stelle aufmerksam gemacht worden ist, sieht er sich vor allem aus eigenem Antrieb hier, *„denn so kann es auf gar keinen Fall weitergehen“.*

Soziodemographische Angaben zur Person, familiärer und sozialer Hintergrund

Der Klient, Herr A, ist 27 Jahre alt und hat nach dem Abitur und seinem Dienst bei der Bundeswehr ein Studium für das Lehramt am Gymnasium aufgenommen. Er wohnt in einer eigenen Etage im Haus der Eltern und finanziert seinen Lebensunterhalt durch Bafög, Ferienarbeit und materielle Unterstützung seiner Eltern.

Der Vater von Herrn A ist von Beruf Schlosser und arbeitet bei einem kommunalen Versorgungsunternehmen, die Mutter, die von Beruf Näherin ist, arbeitet seit der Geburt des Klienten als Hausfrau. Sie versorgt zusätzlich ihre gehbehinderte Mutter, die in der Nähe in einer eigenen Wohnung lebt.

Kindergartenzeit

Die Erinnerungen des Klienten reichen bis in die Kindergartenzeit zurück. Er hat sich im Kindergarten immer wohl gefühlt und kann sich an keine Probleme oder Ängste erinnern. Kurz vor der Einschulung sind seine Eltern umgezogen, was ihn anfangs traurig gemacht hat, da er seine Spielkameraden aus dem Kindergarten und der „Straße“ verlassen mußte. Andererseits ist er auch froh gewesen, da er in dem neuen Haus ein eigenes Zimmer bekommen und ein schöner Garten zum Haus gehört hat.

Schulzeit

Die Grundschulzeit hat Herr A als sehr schönen Lebensabschnitt in Erinnerung. Er hat in dieser Phase jedoch erstmals bemerkt, daß es ihm schwer fällt, auf andere zuzugehen und „aus sich herauszugehen“. In der Erinnerung sieht er sich in den Pausen auf dem Schulhof alleine stehen und sich mittags in seinem Zimmer verkriechen. Herr A charakterisiert sich als einen ruhigen und braven Schüler, der sich nicht daran erinnern kann, jemals in der Grundschule etwas angestellt zu haben.

Der Wechsel zum Gymnasium erfolgt auf Empfehlung des Grundschullehrers, da seine Eltern eher an einen Wechsel zur Realschule gedacht haben. Die Anfangszeit im Gymnasium ist für den Klienten sehr problematisch, und er kann sich daran erinnern, daß er oft schlecht geschlafen hat, Bauchweh vor der Schule gehabt hat und auch manchmal ins Bett eingenäßt hat. Die Schulleistungen sind auch schlechter geworden, und insbesondere hat sein Vater Druck ausgeübt und mit einem Schulwechsel gedroht. Zuspruch und Mut hat er in dieser schwierigen Phase von seinem Grundschullehrer erfahren, der auch mit seinen Eltern gesprochen und den Vater wieder beruhigt hat. Nach einem Dreiviertel Jahr sind diese Eingewöhnungsschwierigkeiten überwunden gewesen, und die Schulleistungen haben sich gebessert. Mit Ausnahme dieser Phase erlebt der Klient seine Schulzeit als unproblematisch, er hat keine Lern- und Leistungsprobleme gehabt und ist ein guter Schüler gewesen. *„Ich war überall gut, aber auch in keinem Fach Spitze.“*

Die Entwicklung bis zum Abitur hat der Klient als „ganz normal“ erlebt, und er kann sich an nichts erinnern, was er als „etwas Besonderes“ einschätzen würde. *„Eigentlich war da so nichts, vielleicht die Abiturfeier, da haben wir eine große Fete gefeiert.“*

In der Schulzeit liest Herr A gern in seiner Freizeit Kriminalromane und Science Fiction, ist ein eifriger Kinogänger und geht auch öfter ins Theater; er ist im Kegelveerein und geht gern schwimmen. *„So richtige Langeweile habe ich in meiner Schulzeit kaum gekannt.“*

Bundeswehr und Studium

Als großen Einschnitt in sein Leben erlebt der Klient die Einberufung zur Bundeswehr. *„Das war alles so anders. Mit 6 Leuten, die man nicht kennt, auf einem Zimmer liegen, Dinge tun zu müssen, die man gedanklich als Blödsinn einstuft, aber das Schlimmste war, von zu Hause weg zu sein und sich fremd zu erleben, wenn man ein- bis zweimal im Monat am Wochenende zu Hause ist.“* Herr A versucht zu Beginn der Bundeswehrzeit in der Freizeit sein gewohntes Leben aufrechtzuerhalten, liest viel, geht öfter ins Kino etc., mit der Zeit wurden seine Aktivitäten jedoch immer weniger, und er hat sich *„immer stärker an den Trott angepaßt“*. Der Klient kommt auch nur sehr schwer mit der derben, rohen und teilweise ordinären Art von zwei Zimmergenossen zurecht, die ihn einmal nachts im besoffenen Zustand mit einem Eimer kaltem Wasser geweckt haben. Herr A, der bisher in einer relativ beschützten Umgebung aufgewachsen ist, wird bei der Bundeswehr mit einer eher harten, autoritären Realität konfrontiert. Diese Lebensphase mit ihren vielfältigen Belastungen steht in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung der Trinkproblematik, auf die im nächsten Abschnitt näher eingegangen wird.

Von seinen Schwierigkeiten und Problemen bei der Bundeswehr redet der Klient mit keiner Person. *„Warum hätte ich meine Eltern beunruhigen sollen, die hätten mir ja doch nicht helfen können.“* Herr A sagt sich während dieser Zeit immer, daß dies vorbeigeht und viele Personen vor ihm das auch durch-

gestanden haben. In der Erinnerung sieht er diesen Lebensabschnitt als *„die bis dahin schlimmste Zeit in meinem Leben“*.

Bis zur Aufnahme des Studiums verdient sich Herr A mit verschiedenen Jobs Geld. Sein Studium beginnt er in einer sehr ambivalenten Gefühlslage. Einerseits ist er froh, daß es jetzt endlich losgeht und er geistig wieder etwas leisten kann, andererseits hat er aber auch Ängste und Befürchtungen vor den auf ihn zukommenden Anforderungen. Im Studium faßt er nur schwer Fuß und fühlt sich insgesamt nicht wohl auf dem Campus. Die Kontakte zu studierenden ehemaligen Mitschülern bleiben eher oberflächlich, und neue Kontakte zu knüpfen fällt ihm sehr schwer. Seine Phantasie, an der Uni eine Freundin zu finden, realisiert sich ebenfalls nicht. Obwohl er mit guten Vorsätzen in das Studium gestartet ist, schleichen sich allmählich seine alten Trinkgewohnheiten wieder ein. Als Folge davon werden die Studienleistungen von Herrn A immer schlechter und seine Ängste vor dem Studium immer größer, bis er schließlich vor dem Abbruch des Studiums steht.

Kontakte und Beziehungen

Der Klient schildert sich als kontaktarm, wobei diese Kontaktarmut seiner Erinnerung nach bereits in der Kindheit angefangen hat. Die Kontakte zu Mädchen sind noch spärlicher als die zu Jungen. *„In der Schule bin ich nicht so hin zu den Treffs (Haltestellen, Schülerkneipe etc.), wo man Mädchen treffen konnte, auch wenn ich so ab 15 angefangen habe, nach Mädchen zu schauen. Wenn ich mit Mitschülern mal Mädchen getroffen habe, wußte ich nie, was ich da so machen sollte.“*

Den ersten „richtigen“ Kontakt zu Mädchen erlebt der Klient mit 16 Jahren in der Tanzstunde. Mit seiner Tanzstundenpartnerin beginnt er eine Beziehung, die er bis zur Bundeswehrzeit aufrechterhält. Der Klient schildert diese Freundschaft nicht als „heiße Liebe“, sondern als eine Beziehung mit viel Verständnis füreinander und gemeinsamen Interessen. So ruhig, wie die Beziehung begonnen hat und verlaufen ist, wurde sie auch beendet. In der Zeit seiner Bundeswehrangehörigkeit haben sie sich kaum noch gesehen, sind sich immer fremder geworden, und sie hat schließlich die Beziehung beendet. *„Wir hatten beide sicherlich schon länger gespürt, daß es zwischen uns aus ist, es mußte nur einer den Mut aufbringen und es aussprechen.“*

Familie

Die Beziehung zu seinem Vater schildert Herr A als kühl und distanziert. Er erlebt seinen Vater als Autoritätsperson, der sich um seine Erziehung nicht viel gekümmert hat. Die Mutter, die eher überbehütend und fürsorglich ist, hat sich gegenüber ihrem Mann nie durchsetzen können und sich ihrem Mann angepaßt. Der Klient meint auch, daß sich seine Mutter nie von ihrer Mutter abgenabelt hat und die Großmutter eine wichtige Rolle im Hause hat. Die Mutter schildert der Klient als eine Person, *„die halt immer zu Hause gewesen ist und für ihn und seinen Vater da war“*. „Familienbilder“, an die sich der Klient erinnern kann, sind Spaziergänge und Spazierfahrten, die sie gemacht haben, als er noch klein gewesen ist. Urlaub haben sie nur einmal zusammen gemacht, da durch den Hauskauf das Geld gefehlt hat und der Vater am liebsten in seinem Garten, mit Teich und Gartenhäuschen, gewesen ist. Ein weiteres Familienbild ist *„zusammen Fernsehen am Samstagabend“* sowie das gemeinsame Abendbrot.

Der Klient schildert das Familienleben als ruhig und harmonisch, ohne größere Konflikte und Auseinandersetzungen. Da bei ihm bis zur Bundeswehrzeit auch alles „normal“ verlaufen ist, hat es zwischen ihm und seinen Eltern keine Anlässe für größere Streitereien gegeben.

Das wahre Ausmaß der Alkoholproblematik hat der Klient bis zur Entgiftung im Krankenhaus vor seinen Eltern verschleiern können, auch wenn es in der Zeit davor häufig zu Auseinandersetzungen und Vorwürfen der Eltern wegen seines Alkoholkonsums gekommen ist. Andererseits sieht er aber auch, daß seine Eltern das Problem nicht so richtig wahrhaben wollten, und diese Verleugnungstendenz auf beiden Seiten hat letztendlich die Abhängigkeitsdauer des Klienten verlängert. Das Gespräch hat nicht stattgefunden, es sind, wenn das Problem überhaupt thematisiert worden ist, nur Vorwürfe gekommen wie *„Trink doch nicht so viel“*, *„Wie soll denn das nur noch enden?“*, *„Du wirst mit Deiner Trinkerei Dein Studium nicht beenden“*. Der Klient sieht es im Rückblick so, daß durch die Tatsache, daß er früher nie ernsthafte Probleme gehabt hat, sie es als Familie auch nicht gelernt haben, Probleme gemeinsam anzugehen und zu bewältigen.

Entwicklung der Symptomatik und Therapieversuche

Entwicklung des Trinkverhaltens

Den ersten Kontakt mit Alkohol hat der Klient anlässlich seiner Kommunion, als der Pate mit ihm mit einem Bier angestoßen hat. Im Alter von 14/15 Jahren hat er vom Vater zum Abendessen am Wochenende manchmal ein Glas Bier bekommen. Zu Hause ist Alkoholkonsum weitestgehendst an das Abendessen und familiäre Feiern gebunden. Der Vater trinkt abends regelmäßig eine Flasche Bier zum Essen, die Mutter trinkt selten Wein. Mit 16/17 Jahren trinkt der Klient beim Ausgang mit den Eltern (Besuch, Feier etc.) ein Glas Bier oder ein Glas Wein. Mit 17 Jahren hat Herr A seinen ersten und bisher einzigen Vollrausch mit Schnaps auf der Party eines Kameraden erlebt. Er hat einen Filmriß, „*mir hat eine Menge Zeit gefehlt, und ich habe mir vorgenommen, nie mehr dieses Zeug zu trinken*“.

Bis zum Abitur erlebt der Klient sein Trinkverhalten als vollkommen unproblematisch. „*Ich habe in dieser Zeit immer ein ganz normales, gesundes Verhältnis zum Alkohol gehabt, und mein Trinkverhalten hat sich in meiner Schulzeit nicht von dem meiner Schulkameraden unterschieden.*“ Lediglich die zahlreichen Abiturfeiern fallen nach Einschätzung des Klienten aus dem normalen Rahmen. Er hat jedoch darauf geachtet, daß er nicht nochmal einen Filmriß erlebt.

Den normalen Rahmen beschreibt der Klient wie folgt: 1–2 mal Alkohol pro Woche, typische Trinkanlässe sind Familienfeiern, Feste, Samstagabend zu Hause, Kneipenbesuch nach Kino oder Theater. Die Alkoholmenge beträgt in der Regel 1–2 Gläser Bier oder 1–2 kleine Gläser Wein.

Herr A kennt Phasen, wo er wochenlang nichts getrunken hat, wobei er jedoch nicht bewußt einen Vorsatz zur Abstinenz gefaßt hat. „*Das war gar nicht notwendig, daran habe ich auch überhaupt nicht gedacht.*“

Man kann festhalten, daß bis zum Abitur für Herrn A Alkohol kein Thema gewesen ist. Er erlebt sein Trinkverhalten als vollkommen normal und erhält auch keine Rückmeldungen aus seiner Umwelt zu diesem Verhalten.

Entwicklung des Problemtrinkens

Während der Bundeswehrzeit verändert sich allmählich sein Trinkverhalten. Er beginnt regelmäßig abends in der Kantine oder auf der Stube zu trinken. Die Gründe und Motive für sein Trinken sieht Herr A vielschichtig: Langeweile, Streßabbau (ungewohnte Situation, ungewohntes Umfeld, „Gehorsam steht vor Denken“), Erleichterungstrinken („konnte den ganzen Mist lockerer sehen“), nicht nein sagen können, dazugehören wollen, Beseitigung von Mißstimmungen, Flucht vor der Einsamkeit, Überwindung des Verlustes der Beziehung, Entspannung, bessere Bewältigung von Konflikten und Schwierigkeiten, mehr Sicherheit und Selbständigkeit, Wohlbehagen und innere Ruhe. Modellernen und operante Konditionierung haben somit zur Ausbildung des Problemtrinkens beigetragen. Die Veränderung des Trinkverhaltens ist ein schleichender Prozeß, wobei der Klient nach einem Jahr Bundeswehrzeit jeden Abend trinkt, in der Regel 2–2,5 l Bier, und 1–2 mal die Woche auch mehr (4–5 l Bier). Rückblickend schätzt Herr A die Situation so ein: „*Das war der erste Schritt zu einer psychischen Abhängigkeit.*“ Gegen Ende der Bundeswehrzeit ist es ihm schon sehr schwer gefallen, das befohlene Alkoholverbot während der einwöchigen Bereitschaftszeit einzuhalten.

In dieser Zeit hat der Klient auch angefangen, am Wochenende von Kneipe zu Kneipe zu ziehen, wobei ein wichtiger Grund für dieses Verhalten neben der Langeweile auch die Verheimlichung seines Alkoholkonsums gewesen ist. Wäre er den ganzen Abend in einer Kneipe gewesen, wäre sein Alkoholkonsum durch den „Kranz“ auf dem Bierdeckel für jeden sichtbar gewesen. Bei seinen verschiedenen Ferienjobs hat er sich meist dem Trinkverhalten auf der Arbeitsstelle angepaßt und dort, wo es üblich war, auch morgens zum Frühstück schon eine Flasche Bier getrunken.

Entwicklung der Abhängigkeit

Zu Beginn seines Studiums macht der Klient den ersten ernsthaften Versuch zur Veränderung seines Trinkverhaltens. Er trinkt generell tagsüber keinen Alkohol mehr, wobei ihm die selbstauferlegte Regel: „Kein Autofahren unter Alkoholeinfluß“ anfangs eine Stütze ist. Abends trinkt er regelmäßig 0,5 l Bier zum Abendbrot und 0,5 l Bier zum „Einschlafen“. Dazwischen trinkt er noch 0,5–1 l Bier zu Hause oder 0,9–1,2 l Bier, wenn er zu Fuß weggeht.

Der Klient konnte seiner Einschätzung nach dieses Trinksystem 1 bis 1,5 Jahre aufrechterhalten, dann ist der Alkoholkonsum insbesondere abends einschleichend mehr geworden. Zwei Jahre nach Beginn des Studiums hat er jeden Abend 4–5 l Bier in seinem Zimmer oder in der Wirtschaft getrunken sowie jeweils 0,5 l beim Abendessen und zum Einschlafen. In dieser Zeit hat er angefangen, in seiner Arbeitstasche volle und leere Bierflaschen in und aus seinem Zimmer zu transportieren.

Im dritten und vierten Jahr nach Studienbeginn erfolgt aufgrund der Dosissteigerung ein allmählicher Umstieg auf Weinkonsum. Er verspürt einen rapiden Abfall seiner Konzentrations- und Leistungsfähigkeit. Der Klient ist oft zu Hause und kann kaum noch für das Studium arbeiten. Der Tagesablauf sieht so aus, daß er morgens gegen 10,00 Uhr aufsteht und beim Frühstück kaum noch Appetit verspürt. Danach liest er in seinem Zimmer die Zeitung und trinkt 1–2 Gläser Wein dabei. Nach dem Mittagessen trinkt er nochmals 1–2 Gläser Wein und macht einen Mittagsschlaf. *„Danach habe ich die Arbeitsunterlagen hin- und hergeschoben, was Produktives kam einfach nicht mehr aufs Papier.“* Bis zum Abendessen trinkt Herr A in der Regel zwei Flaschen (0,7 l) Wein und zum Abendessen die Flasche Bier; danach in seinem Zimmer nochmals zwei Flaschen Wein und die Flasche Bier zum Einschlafen.

In dieser Zeit ist auch die Angst vor einer Wirkungsreduktion aufgekommen, und er hat eine Art „Sicherheitsdenken“ entwickelt. Herr A hat Verstecke eingerichtet, in denen er Wein- und Bierflaschen für den Notfall lagert. Die wenigen Tage an der Universität stellen für den Klienten ein Problem dar, was die Versorgung mit Alkohol angeht. Er hat Angst vor dem Entzug und davor, daß seine Kommilitonen merken, was mit ihm los ist, und schließlich meidet er die Situation vollkommen.

Vor den Eltern hat er versucht, diese Entwicklung geheimzuhalten, was auch teilweise gelungen ist, da er nie volltrunken gewesen ist und sich nicht verhaltensauffällig benommen hat. Die Mutter hat zwar seinen Alkoholkonsum mehrmals angesprochen, der Klient kann sie jedoch immer wieder beruhigen und einem ernsthaften Gespräch ausweichen. In dieser Phase macht der Klient letzte verzweifelte Versuche, den Alkoholkonsum in den Griff zu bekommen. Er nimmt sich beispielsweise vor, einen Tag keinen Alkohol zu trinken, was ihm wahnsinnig schwerfällt und er froh ist, wenn der „Trocken- tag“ vorbei ist. Oft hat er jedoch auch diesen einen Tag nicht durchhalten können und abends noch 1–2 Flaschen Bier getrunken.

Die Phase in den letzten beiden Jahren vor Therapiebeginn ist gekennzeichnet durch verstärkte Ängste vor dem Nachlassen der Wirkung, durch die Angst vor der Aufdeckung, durch Probleme der Alkoholversorgung und Finanzierung sowie durch das Problem: *„Wie bekomme ich den Tag herum?“*. Herr A besucht fast kaum noch die Universität und kapselt sich vollkommen von seinem sozialen Umfeld ab. *„Selbst die Immatrikulation war in dieser Zeit ein Riesenproblem, und ich habe mich oft erst am letzten Tag immatrikuliert, immer in der Angst, daß ich einem Bekannten begegnen könnte.“*

Eineinhalb Jahre vor Therapieaufnahme erlebt der Klient erstmals morgens Entzugserscheinungen wie Zittern, Übelkeit, Magenschmerzen und Erbrechen sowie starke Schweißausbrüche in der Nacht. Seine Dosis hat sich weiter erhöht und liegt bei 6 Flaschen Wein (0,7 l) und 2 Flaschen Bier (0,5 l). Er schildert rückblickend seine Situation wie folgt: *„Ich hatte die Kontrolle über den Alkohol vollkommen verloren und konnte mir einen Tag ohne Alkohol gar nicht mehr vorstellen. Dieser Gedanke machte mir große Angst.“* Im letzten halben Jahr vor Therapieaufnahme stellt Herr A einen Verlust seiner Alkoholverträglichkeit fest, und die Tagesdosis reduziert sich dadurch auf 4 Flaschen Wein und 2 Flaschen Bier.

Die letzten beiden Jahre erlebt sich der Klient sehr depressiv, verzweifelt und voller Ängste. Aus Scham- und Schuldgefühlen heraus hat er jedoch nicht den Mut, sich seinen Eltern zu offenbaren. Gesprächsversuche der Mutter hat er abgewiegelt, Warnungen und Vorwürfe verdrängt, Kontakte abgebrochen und sich isoliert. Er hat bei sich folgende Veränderungen festgestellt: erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität; Selbstvorwürfe; nach dem Trinken ausgerichteter Lebensstil; keine Interessen und Hobbys; heimliches Trinken; Vorratshaltung an Alkohol; Lügen, um an Alkohol zu kommen; kein Appetit und kein sexuelles Verlangen mehr; Entzugserscheinungen; Schlafstörungen; zwanghaftes Trinken.

Als er das Gefühl hat, am Ende eines Tunnels vor einer großen Wand zu stehen, entschließt er sich, mit seinem Hausarzt offen über seine Problematik zu sprechen. Am Tag danach redet er offen mit seinen Eltern über sein Problem, die nach dem ersten Schock sich positiv verhalten haben. Er ist froh darüber, obwohl er nicht weiß, wie sie ihm helfen können.

In der Nachbetrachtung sieht der Klient seine Problementwicklung wie folgt: *„Alkohol hat sich ganz allmählich und undramatisch in mein Leben eingeschlichen und immer mehr Besitz davon genommen.“*

[...]

Therapieverlauf

Erster Behandlungsabschnitt

Der Klient nimmt nach der Entgiftung im Krankenhaus die Behandlung sehr motiviert auf. Für ihn steht fest, daß es „so nicht weitergehen kann“ und er lernen muß, „ohne Alkohol klarzukommen“. Seine Veränderungsmotivation wird gestärkt durch die nach der Entgiftung eingetretenen Verbesserungen im körperlichen Bereich wie Wegfall der Magenschmerzen, Reduktion der inneren Unruhe und den wiedergewonnenen Appetit.

Nach einer zögernden und abwartenden Haltung zu Beginn des Behandlungsprozesses nimmt der Klient relativ rasch eine konstruktive Arbeitshaltung ein, was er zum großen Teil auf eine Akzeptanz des Behandlungsansatzes zurückführt.

Zu Beginn der Behandlung gibt er seine Verpflichtung zur Abstinenz auf einer Skala von 0–100 mit 100 an.

Auf seiner Pro- und Contra-Karte stellt der Klient folgende Argumente zusammen, wobei für Herrn A die Gewichtung deutlich in Richtung Contra-Alkoholkonsum ausfällt.

Tabelle: Pro- und Contra-Argumente in bezug auf Alkoholkonsum zu Behandlungsbeginn

Pro Alkoholkonsum	Contra Alkoholkonsum
– Wärme und Geborgenheit	– Abbruch des Studiums, kein Beruf und keine Arbeit
– Innere Ruhe	– Finanzielle Schwierigkeiten
– Sicherheit	– Gesundheitliche Probleme
– Momentane Bewältigung der Probleme	– Sozialer Abstieg
– Probleme verdecken und unterdrücken können	– Soziale Isolation
– Locker, entspannt sein	– Probleme im zwischenmenschlichen Bereich
– Befriedigung des Alkoholverlangens	– Psychische Probleme wie Ängste, Depressionen
	– Konzentrations- und Leistungsstörungen

In der Anfangsphase stehen die Vermeidung und Bewältigung von alkoholbezogenen Situationen sowie die Bewältigung von Alkoholgedanken im Vordergrund der Therapie. Dieser Teil der therapeutischen Arbeit soll durch zwei Beispiele illustriert werden.

Ein potenter Auslöser für Alkoholgedanken und Alkoholverlangen ist die komplexe Situation „Wohnung des Klienten zu Hause“, mit der Aspekte wie starkes Habit, Langeweile, Unruhe, Erwartungen an positive Effekte etc. verbunden sind. Der Klient lernt in der Therapie, sich mit dieser Situation, die er nicht vermeiden kann, auseinanderzusetzen. Er entwickelt sowohl Ablenkungsstrategien wie Lesen, Fernsehen, zu den Eltern runtergehen als auch Strategien der Auseinandersetzung, indem er sich mit Hilfe seiner Pro- und Contra-Karte aktiv mit seinen positiven Alkoholeffekterwartungen beschäftigt. Eine zusätzliche Hilfe zur Bewältigung dieser Situation liegt für den Klienten darin, daß die Zugriffsmöglichkeit für Alkohol im Haus stark eingeschränkt ist. In seinem Bereich befindet sich kein Alkohol mehr, und die Eltern haben ihre Vorräte auf seinen Wunsch hin eingesperrt. Der Klient macht in bezug auf die Auseinandersetzung mit der Auslösesituation „Wohnung“ die wichtige Erfahrung, daß das Auftreten der Alkoholgedanken nicht steuerbar ist, aber der weitere Verlauf seiner Kontrolle unterliegt, und daß das Alkoholverlangen kommt und auch wieder weggeht, wenn er keine Handlungen in Richtung Alkoholeinnahme vornimmt.

Das zweite Beispiel ist eine Geburtstagsfeier in der Familie, für den Klienten die erste soziale Trink-situation nach der Entgiftung. Er traut sich zwar zu, daß er die Situation meistert, hat aber Befürchtungen, daß man ihn auf sein Abstinenzverhalten anspricht („Ich war früher am Geburtstag meines Onkels mit Alkohol immer gut dabei“), er nervös und zittrig ist, etwas umwirft, keinen Kaffee trinken kann etc. Neben der Bearbeitung dieser Befürchtungen und irrationalen Gedanken lernt der Klient speziell für diese Situation Ablehnungsverhalten gegenüber Alkoholangeboten. Er entscheidet sich dafür, auf dem Geburtstag als Grund für sein Abstinenzverhalten nicht seine Alkoholabhängigkeit, sondern seine Magenbeschwerden anzugeben. Entsprechend der Behandlungskonzeption nimmt er von Person, Situation und Bewältigungsfertigkeit folgende Einschätzungen vor:

	Vorher	Nachher
Befindlichkeit der Person	P = 6	P = 9
Schwierigkeit der Situation	S = 9	S = 7
Bewältigungsfertigkeit	B = 7	B = 8

Der Klient schätzt die Situation vorher weitaus schwieriger ein, als sie in Wirklichkeit für ihn ist und ist vor allem bedingt durch den guten Verlauf nach der Geburtstagsfeier „gut drauf“. Er gewinnt durch seine Erfahrungen mehr Zutrauen in seine Bewältigungskompetenz.

Zu Beginn des Festes ist der Klient sehr nervös und unsicher, ein Fest ohne Alkoholkonsum liegt für ihn auch schon viele Jahre zurück. Im Verlauf des Abends wird er immer sicherer, zumal die Ablehnung des Alkoholangebotes viel einfacher als erwartet gewesen ist. Es kommt kein Nachfragen, „auf die Schippe nehmen“, Drängen etc., sondern er erhält Genesungswünsche für die Magenprobleme. Beim Klienten treten viermal konkrete Alkoholgedanken auf, die er jedoch durch ablenkende Gespräche und Aktivitäten gut meistern kann. Dieser Abend weckt bei ihm erstmals wieder Gefühle der Selbstakzeptanz: *„Nach diesem Abend war ich seit langer Zeit mal wieder so richtig stolz auf mich.“*

In ähnlicher Weise bewältigt er in den nächsten Wochen noch mehrere Problemsituationen, was seine Selbstwirksamkeitserwartungen und sein Kompetenzerleben in alkoholbezogenen Situationen erheblich stärkt. Hinzu kommt, daß der Herr A beginnt, sich vorausschauend auf Problemsituationen vorzubereiten und einzustellen („antizipatorisches Coping“).

In der achten Therapiesitzung berichtet er von folgenden Veränderungen:

- Reduktion der Alkoholgedanken von täglich 6–10 auf 3–5.
- stark verbesserte körperliche Befindlichkeit (Energie, Appetit, verbesserter Schlaf)
- Wiedergewinnung der Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit (*„Die Tätigkeit nimmt mich wieder gefangen.“*)
- Regeneration der Leber
- Lust auf Aktivitäten

Ein wichtiger Markstein in der Behandlung ist die Wiederaufnahme des Studiums. Der Klient beschäftigt sich ab der siebten Therapiesitzung mit dieser Problematik und faßt den Entschluß, mit „seinem“ Professor offen über seine Problematik zu sprechen. Das ihm entgegengebrachte Verständnis beflügelt ihn geradezu, wirkt auf ihn wie eine „emotionale Befreiung“ und mündet in eine konkrete Arbeitsplanung. Dabei macht er erstmals seit langer Zeit die Erfahrung, daß es für ihn bei diszipliniertem Arbeitsverhalten möglich ist, am Wochenende zu faulenzen, und er kann mit ruhigem Gewissen seine freie Zeit genießen. Gegenüber seinen früheren Kommilitonen plant er – je nach Intensität des früheren Kontakts – ein abgestuftes Erklärungssystem für seine lange Abwesenheit. Die Realität zeigt, daß die Situation nicht so schwierig ist, wie er sie vorher eingeschätzt hat (S = 4, vorher S = 10) und er sie gut bewältigen kann. Dies trägt erheblich zur Weiterentwicklung des Selbstvertrauens und der Selbstwirksamkeitserwartungen bei Herrn A bei.

Ein weiteres wichtiges Ziel des Klienten ist die Aufgabe seiner selbstgewählten Isolation, wobei er als wichtigen Ort des Sozialkontakts die Wirtschaft sieht. Er formuliert sein Anliegen folgendermaßen: *„Ich möchte in ein Lokal gehen können, wenn ich durstig bin, wenn ich unter Leuten sein möchte, wenn ich jemand treffen will.“* Nach einer Analyse der Situation Wirtschaft bildet der Klient jeweils drei Schwierigkeitsstufen in bezug auf die Kategorien Wirtschaft und Zeit. Dies ergibt folgende 3 × 3 Feldertafel:

Schwierigkeitsgrad Tageszeit	Schwierigkeitsgrad Wirtschaft		
	A: Leicht	B: Mittel	C: Schwer
1: Leicht Nachmittag/Früher Abend: 17–20 Uhr			
2: Mittel Nachts ab 23 Uhr			
3: Schwer Abends 20–23 Uhr			

Die Felder werden von Herrn A inhaltlich mit Übungen ausgefüllt und entsprechend der Person-Situation-Bewältigung-Interaktion eingestuft. Der Klient steigert den Schwierigkeitsgrad Wirtschaft entlang der Tageszeiten, und es ergibt sich somit eine Hierarchie der Übungen von A1 bis A3, B1 bis B3 und C1 bis C3.

Vor Beginn der Realitätsübungen werden mit dem Klienten sowohl seine bisherigen Erfahrungen in bezug auf die Ablehnung von Alkoholangeboten durchgesprochen als auch für jede spezifische Trainingssituation in der Therapiesituation entsprechende Ablehnungsstrategien entwickelt und trainiert. Beispiele illustrieren die Vorgehensweise und verdeutlichen das Ziel dieser Übungen: Auf- und Ausbau der Selbstwirksamkeitserwartungen und Kompetenzgefühle in alkoholbezogenen Situationen.

Beispiel für Kategorie A1: Der Klient geht in einem fremden Ort in eine fremde Wirtschaft. Ziel ist es, in eine Wirtschaft gehen zu können, wenn er durstig ist. Die Realitätsübung wird in der Therapiestunde vorbesprochen und mit Hilfe von Imaginationsübungen und Rollenspielen trainiert. Ein Kernstück dieser Übungen sind coping statements wie: „Es wird mir im Lokal nichts passieren. Ich werde jetzt ruhig reingehen, meinen Sprudel bestellen, und wenn er gebracht wird, sofort bezahlen. Meinen Sprudel werde ich langsam und genußvoll trinken und dann das Lokal verlassen.“ Die Aufenthaltsdauer im Lokal soll maximal 15 Minuten betragen, da man in dieser Zeit sein Ziel, den Durst zu löschen, erreichen kann.

Der Klient nimmt folgende Einschätzung der Realsituation vor:

	Befinden der Person	Schwierigkeit der Situation	Bewältigung
Vor der Ausführung:	7	4	8
Nach der Ausführung:	9	2	10

In der Therapiesitzung schildert der Klient, daß in der Realitätsübung keine intensiven Alkoholgedanken aufgetreten sind und die Anspannung bei ihm auch nachgelassen hat, als er seinen Sprudel bestellt hat. Mit Aussagen wie: „Das schaffst Du“, „Das wird klappen“ hat Herr A sich selbst bestärkt, und er schätzt die Bewältigung dieser Situation als sehr bedeutsam ein: „*Zum ersten Mal kam es ganz allein auf mich an, keiner hat mich gekannt, und keiner hätte sich etwas gedacht, wenn ich mir ein Bier bestellt hätte. Bei den Festen im Familienkreis hätten es meine Eltern mitbekommen, da war so etwas wie Fremdkontrolle.*“

Beispiel für Kategorie C3: Der Klient geht zur schwierigsten Zeit in sein Stammlokal. Diese Situation hat in der Vorbereitungsphase noch starke Auslöserqualität für Alkoholgedanken und Alkoholverlangen. Er erinnert sich an die schönen Stunden als sozialer Trinker: „*Das war doch ganz schön, so in gemütlicher Runde dazusitzen.*“ In diesem Zusammenhang erfolgt erstmals die Bearbeitung der Trauer des Klienten über seinen Verlust, und es ist für ihn sehr wichtig, daß er traurig sein darf, nicht gleich Schuldgefühle zu haben braucht. „*Oh Gott, ich war richtig erschrocken darüber und habe direkt gedacht, was denkt bloß der Therapeut von mir.*“ Das Auftauchen und die Bewältigung dieser Gefühle in der Realsituation sowie das Ablehnen von Alkoholangeboten von früheren „Freunden“ bilden den Mittelpunkt der Vorbereitungen.

Der Klient nimmt von dieser Situation folgende Einschätzungen vor:

	Befinden der Person	Schwierigkeit der Situation	Bewältigung
Vor der Ausführung:	8	8	7
Nach der Ausführung:	10	6	9

In der nachfolgenden Therapiesitzung schildert der Klient als sehr hilfreich, daß er sich in der Vorbereitung auf diese Übung nicht auf externe Dinge (wen triffst Du, was werden die sagen, fragen, etc.), sondern auf sich selbst konzentriert hat. Kurz vor Betreten des Lokals hat er sich folgendes Coping-

Statement gesagt: „Egal, was kommt, Du wirst ruhig bleiben und auf gar keinen Fall Alkohol trinken. Wenn es für Dich zu belastend wird, mußt Du nach Hause gehen. Wenn sie Dich fragen, warum Du keinen Alkohol mehr trinkst, wirst Du sagen: es bekommt mir so besser.“

Auch diese schwierige Situation kann der Klient besser bewältigen als vorher angenommen, insbesondere erlebt er bei sich eine klare und feste Sprache sowie eine große innere Ruhe bei der Ablehnung eines Alkoholangebotes. Der Anblick von Betrunkenen löst bei Herrn A sowohl Schamgefühle („So warst Du früher auch einmal“) als auch Gefühle der Überlegenheit, Sicherheit und Entschlossenheit aus („Da wirst Du alles dransetzen, daß Dir das nicht mehr passiert“).

Neben diesen geplanten Übungen zum Aufbau von Selbstkontrolle, Selbstwirksamkeitserwartungen und Bewältigungskompetenz werden mit dem Klienten die „Alltagssituationen“ wie Geburtstagsfeier, Dorffest, Grillparty, Examenfeier etc. besprochen und vorbereitet. Weiterhin bewältigt er auch unvorhergesehene Situationen sehr gut und erledigt die „normalen“ Begebenheiten fast routinemäßig, so daß nur noch schwierige und ungewohnte bevorstehende Ereignisse wie z. B. Weihnachten, Sylvester, Examenfeier etc. besprochen werden.

Ein Beispiel kann diese Entwicklung des Klienten in bezug auf Sicherheit und Kompetenz in alkoholbezogenen Situationen gut verdeutlichen. Sieben Monate nach Therapieaufnahme besucht der Klient eine Geburtstagsfeier, bei der die gleiche Gesellschaft versammelt ist wie zu der Geburtstagsfeier zu Therapiebeginn.

Im Vergleich dieser beiden Ereignisse stellt der Klient fest, daß er sich in der Vorphase nicht mit dem Geburtstag beschäftigt und sich erst kurz vor der Hinfahrt positiv bewältigend darauf einstellt. Eine schwierige Situation, als nämlich ein Verwandter über den Tisch ruft, ob er krank sei, weil er keinen Alkohol trinke, kann er ruhig und locker bewältigen. Lachend sagt er: *„Du meinst, weil ich kein Bier trinke. Nein, es geht mir so gut wie schon lange nicht mehr.“* Auch macht er die Erfahrung, daß es auf Feiern dieser Art ab einer bestimmten Zeit für ihn nicht mehr schön ist. *„Heute gehe ich dann, während ich früher zu denen gehört habe, die geblieben sind, um weiter zu trinken.“*

Die schwierigste Situation in der ersten Behandlungsphase trifft den Klienten unerwartet, und er erlebt in der Realität die theoretisch besprochene Problematik der Stärke und Stabilität von Konditionierungsprozessen. Der Klient räumt nach einer Feier – die Eltern sind bereits im Bett – noch auf. Plötzlich empfindet er, ausgelöst durch den Geruch des Alkohols, ein starkes Verlangen. Positive Erwartungen steigen auf, Bilder an früher kommen hoch, als er oft nach Ende der Feier gemütlich noch weitergetrunken hat. Er läßt sofort alles stehen und flüchtet in seine Wohnung, wo er sich folgendes sagt: *„Du wirst auf keinen Fall mehr dieses Zimmer verlassen, Dein Verlangen wird nachlassen und Du wirst die Situation schaffen.“* Zusätzlich geht Herr A seine Pro- und Contra-Karte durch und versucht sich mit Hilfe von Musik abzulenken. In dieser Situation setzt der Klient das um, was wir theoretisch besprochen haben: *„Nicht lange nachdenken, sondern sofort handeln.“*

In dem ersten Behandlungsabschnitt sind für Herrn A die Selbstbeobachtung, die konkrete Auseinandersetzung mit der Realität sowie der Wiedereinstieg in das Studium die wichtigsten Komponenten. *„Wichtig war es, daß ich gelernt habe, mich selbst zu beobachten und das anfänglich Diffuse hinter dem Alkohol zu erkennen. Die konkrete Beschäftigung mit der Situation hat mich weitergebracht.“* Weiterhin ist es für den Klienten bedeutsam, die Prozesse des Alkoholverlangens rechtzeitig erkennen und aufdecken zu können sowie Möglichkeiten der Bewältigung zu haben. Das präparatorische Coping sowie die Selbstverstärkung sind für Herrn A weitere Hilfen zur Bewältigung. Abweichend von der Therapieplanung lernt Herr A in der Phase des gezielten Trainings der Übungssituationen das Entspannungstraining nach Jacobson. Er spricht auf Anhieb gut darauf an und macht rasch Fortschritte, was es ihm ermöglicht, seine Entspannungskompetenz im Sinne einer spezifischen Coping-Technik in streßbesetzten Situationen (z. B. Stehempfang, Überbrückung längerer Wartezeiten etc.) anzuwenden. Auch findet er die „konditionierte“ Entspannung („Ruhig“ verbunden mit einer Strandimagination) in alkoholbezogenen Situationen sowie in Situationen mit diffuser Anspannung und innerer Unruhe als sehr effektiv. Die gewohnheitsmäßigen täglichen Übungen erlebt er vor allem als Möglichkeit, sich Zeit für sich selbst zu nehmen und auf körperliche Zustände und Prozesse bei sich aufmerksam zu werden.

Zweiter Behandlungsabschnitt

Mit Hilfe des Problemlösetrainings versucht der Klient, insbesondere seine Probleme im Arbeits- und Freizeitbereich anzugehen. Was seine Kognitionen angeht, schälen sich im Verlauf der Behandlung

Perfektionismus, 100 %-Denken, Angst vor Fehlern, Angst, abgelehnt zu werden als zentrale „irrationale beliefs“ heraus. Dies macht sich insbesondere in der Studiensituation bemerkbar. So erlebt er beispielsweise mehrmals den Studienabschluß ehemaliger Studienkollegen, was einerseits Freude bei ihm auslöst, andererseits infolge negativer Gedanken wie: „Ich könnte auch fertig sein, ich könnte eine gute Stelle haben“ aber auch Mißstimmung, Niedergeschlagenheit, innere Unruhe etc. hervorruft. Diese Gedanken wühlen ihn emotional sehr stark auf, führen auch stellenweise zu Selbstvorwürfen und rauben ihm Energie für die tägliche Arbeit. Mit Gedanken wie: „Ich muß jetzt schnell fertig werden, ich muß ein tolles Examen machen, damit die lange Studienzzeit plausibel erscheint“ setzt er sich zusätzlich unter Druck und lähmt sich mehr, als daß er sich motiviert.

Mit Coping-Statements versucht der Klient bei sich eine kognitive Umstrukturierung zu erreichen:

- Die Vergangenheit kann ich nicht mehr verändern, und ich will jetzt mein Bestes geben.
- Ich mache mich nicht verrückt, und ich werde mein Studium schon schaffen.
- Das werde ich hinkriegen, Schritt für Schritt.
- Wenn ich mal einen Fehler mache, ist das nicht schlimm, aus meinen Fehlern kann ich lernen.

Flankierend zu dieser kognitiven Restrukturierung entwirft der Klient einen realistischen Plan für den weiteren Ablauf des Studiums mit Lernzielen und Prüfungsterminen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch, daß er lernt, sich für das Erreichte zu belohnen und auch mit weniger als 100 % zufrieden zu sein. Als sehr entlastend erlebt der Klient ein Gespräch mit den Eltern bezüglich des Zeitschemas bis zum Abschluß des Studiums. Von den Eltern kommen keine Vorwürfe und die Zusicherung, daß sie ihn bis zum Abschluß finanziell unterstützen werden.

Im Selbstsicherheitstraining können viele Defizite des Klienten in diesem Bereich systematisch aufgearbeitet werden. Ein zentrales inhaltliches Thema sind die Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme zu Frauen. Der Klient hat es nicht gelernt, zu Frauen Kontakt aufzunehmen, es sei denn, er ist – wie zweimal in der Bundeswehrzeit – unter Alkoholeinfluß. *„Ich war in dieser Beziehung nie sehr aktiv, aus heiterem Himmel jemanden anzusprechen, das habe ich erst einmal gemacht.“*

Während vor der Behandlungsaufnahme das Bedürfnis nach Kontakt und Nähe zu Frauen sehr stark gewesen ist und der Klient sich oft einsam gefühlt hat, drängt er in der Therapie aufkommende Gedanken und Gefühle weg mit Aussagen wie: *„Abstinenz ist das wichtigste Ziel“, „Ich habe keine Zeit für so etwas, ich muß erst mein Studium durchziehen“.*

So erfolgt in einem ersten therapeutischen Schritt die Problematisierung dieser Vorgehensweise und das Aufzeigen einer Rückfallgefahr durch die Unterdrückung seiner Bedürfnisse. Der Klient läßt sich anfangs nur zögerlich auf das Thema ein, und deutlich werden die dahinterstehenden massiven Beziehungsängste. Im Verlauf der Beschäftigung mit dieser Problematik wird dem Klienten seine gefühlsmäßige Ambivalenz deutlich: einerseits die Sehnsucht nach einer Bindung und andererseits die Angst vor Nähe und Geborgenheit. Kognitiv versucht er durch Rationalisierungen aufsteigende Empfindungen zu bewältigen: *„Wenn ich auf dem Campus ein verliebtes Pärchen sehe, stelle ich das Negative und Problematische an einer Beziehung stark in den Vordergrund und sage mir, daß ich jetzt keine Beziehung gebrauchen kann, weil ich schon genügend Zeit verloren habe.“* In seinem Verhalten hat dies dazu geführt, daß er sich im Kontakt zu Frauen, der sich an der Universität manchmal unbeabsichtigt ergibt, sehr vorsichtig und distanziert verhält und so infolge dieser defensiven Haltung eine Vertiefung eines Kontaktes sehr unwahrscheinlich wird. So begrenzt er beispielsweise die Bekanntschaft mit einer Kommilitonin bewußt auf den Campus (Mensa, Cafe etc.), übergeht eindeutige Signale ihrerseits (heute abend will ich allein ins Kino gehen) und ist richtig erleichtert, als er von ihr erfährt, daß sie über die Semesterferien nach Hause fährt, da er befürchtet hat, sie könnte ihn in dieser Zeit einladen. Während es ihm bei Männern leichter fällt, Zwischenstufen zwischen lockerem und engerem Kontakt zu bilden, hat er bei Frauen die Phantasie, die Kontrolle über die weitere Entwicklung zu verlieren, wenn er sein sicheres Podest verläßt. *„Ich befürchte von meinen Gefühlen überrollt zu werden, Liebe macht blind, ich bin nicht mehr ich“* sind Gedanken, die bei Herrn A in diesem Zusammenhang auftauchen. Die Furcht davor, die Selbstkontrolle zu verlieren, ist bei dem Klienten auf dem Fehlschlagangst-Fragebogen nach der Therapie immer noch stark ausgeprägt und verdeutlicht die Schwierigkeiten im Konfliktfeld Autonomie – Abhängigkeit.

In seinen sicheren Grenzen macht er im Kontaktbereich sowohl bei Frauen als auch bei Männern gute Fortschritte. *„Wenn ich mir meinen Kalender anschau, bin ich mit meinen privaten Terminen zufrieden.“* Andere Selbstunsicherheitssituationen wie z. B. später irgendwo dazukommen, Forderung

gen stellen, Neinsagen etc. kann der Klient sehr rasch bewältigen, da auch oft ein Transfer des in der ersten Behandlungsphase Gelernten erfolgen kann.

Bei der Besprechung des Themas Rückfall am Ende der Behandlungsphase sieht der Klient in seiner jetzigen Situation keine größeren Gefahren. Er meint, daß nach Beendigung des Studiums die Situation am Arbeitsplatz in der näheren Zukunft von ihm eine spezifische Einstellung und besondere Vorbereitung erfordert.

Behandlungsende und Katamnesezeitraum

Nach einer sechzehnmonatigen intensiven Behandlungsphase mit – abgesehen von Urlaubs- und Krankheitszeiten – wöchentlichen Kontakten folgt eine viermonatige „Ausschleichphase“ mit ein bis zwei Kontakten im Monat sowie ein Katamnesezeitraum von einem Jahr mit einem Kontakt pro Quartal.

In der Ausschleichphase kristallisiert sich heraus, daß für den Klienten das neue, abstinentere Verhalten immer gewohnter wird und die früheren Auslöser erheblich an Kraft verloren haben. Er erlebt zunehmend öfter die Möglichkeiten, die ihm der abstinentere Lebensstil bietet, auch wenn manchmal Wehmut und Trauer infolge des Abschieds vom Alkohol noch mitschwingen und in einer Sitzung nochmals ausführlich thematisiert werden. Der Klient stellt fest, daß seine „Vorbereitungszeit“ auf eine anstehende „Versuchungssituation“ immer kürzer wird und er sich bedeutend weniger in die Alkoholthematik involviert fühlt.

Dem Klienten gelingt es, einige „alte“ Kontakte wieder aufzunehmen, auch wenn er anfangs oft Distanz und Mißtrauen spürt und er aktiver sein muß. Gegenüber neuen Bekanntschaften fühlt er sich offener und freier, da auch das „Alkoholversorgungsproblem“ und die Angst vor dem Entdecktwerden nicht mehr vorhanden sind. Seine Freizeit erlebt er als ausgefüllt, und er hat viele Aktivitäten aufgenommen. Das Verhältnis zu seinen Eltern hat sich nach Einschätzung von Herrn A wieder verbessert, wobei es ihm leichter fällt, offener und direkter über störende Vorkommnisse zu reden. Mit dem Studium kommt er zügig voran, und mit den erzielten Prüfungsergebnissen ist er zufrieden.

Im Katamnesezeitraum verläuft die weitere Entwicklung von Herrn A äußerst positiv. Er hat weder einen Ausrutscher noch einen Rückfall, und in den Therapiesitzungen sind die Aufrechterhaltung der gelernten Kompetenzen sowie des neuen Lebensstils, die Selbstverstärkung und die Wachsamkeit vor und in Rückfallsituationen Gesprächsthemen zwischen Klient und Therapeut. Die Follow-up-Karte erlebt er als große Unterstützung, denn sie erinnert ihn jeden Abend daran, daß er einen weiteren Tag abstinent gelebt hat.

Eine Situation hat er als sehr schwierig erlebt, und sie illustriert sehr schön die Umsetzung der Lernerfahrungen in die Realsituation. Nach einem gut verlaufenen Arbeitstag an der Universität trifft sich der Klient abends mit zwei Bekannten in einem Studentenlokal. Er bestellt wie immer seine Cola, die beiden Bekannten bestellen sich ein Bier. Als das Bier gebracht wird, schön gezapft, etwas Schaum läuft am Glas herunter, spürt er unvermittelt einen starken Drang auf ein Glas Bier. *„Ich weiß nicht, wie mir geschah, auf einmal hatte ich eine unheimliche Lust auf ein Glas Bier.“* Er versucht, die Situation sehr schnell wieder unter Kontrolle zu bringen, indem er sich ein schales, abgestandenes Bier in einem Glas vorstellt, an dem der Schaum schon getrocknet ist. Dies erinnert ihn an die Situation, die er oft morgens unter Entzugserscheinungen erlebt hat. In seinem Zimmer hat meist noch das Glas mit abgestandenem Bier und das klebrige Weinglas vom Vortag gestanden. Dieses Bild löst in ihm Ekelgefühle und Abscheu aus, und augenblicklich nimmt sein Verlangen ab. Durch zusätzliche Selbstverbalisationen kann er sich weiter beruhigen und erlangt wieder Kontrolle über die Situation. Dieses Erlebnis zeigt dem Klienten, daß er zwar gegen das Auftauchen des Verlangens nicht gefeit ist, jedoch sehr wohl etwas dagegen tun kann. [...]

Zusammenfassung

Insgesamt lassen sich bei dem Klienten klinisch bedeutsame positive Veränderungen feststellen. Es zeigen sich sowohl eine Stabilisierung der Abstinenz über den gesamten Beobachtungszeitraum als auch positive Veränderungen im biopsychosozialen Bereich. Diese Veränderungen sowie der Aufbau von Kompetenzen zur Regulation kognitiver, behavioraler und emotionaler Prozesse, verbunden mit einer Einstellungsveränderung zum Rückfall, belegen den Therapieerfolg über eine bloße Symptomreduktion hinaus und bieten eine hohe Gewähr für eine positive Weiterentwicklung.

[...]

Beispiel 10.1: Problemlösungstherapie bei Partnerschaftsproblem

Das Fallbeispiel einer frustrierten Ehefrau verdeutlicht:

- die einzelnen Schritte eines Problemlösungstrainings,
- Möglichkeiten, aber auch Grenzen dieser Technik.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 10.3 Problemlösungstherapien

Quelle

Fliegel, Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgartz, H. (1994).
Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Weinheim: Beltz PVU (S. 246 f).

Zur Illustration der einzelnen Schritte des Problemlösungstrainings berichten D’Zurilla und Goldfried (1971) über einen Fall, der in Ausschnitten hier wiedergegeben werden soll:

Die Klientin S. berichtet anfangs über folgendes Problem: In der letzten Nacht ging es ihr sehr schlecht: Sie fühlte sich unwohl, war depressiv und verwirrt, weil ihr Mann noch zur Arbeit und sie allein zu Hause war. Mit der Klientin wurde geübt, die Situation genauer zu definieren und zu beschreiben. Alle relevanten Details und Umstände sollte sie konkret aufführen. Dabei sollten auch Hintergrundinformationen und außerdem innere Zustände (Gedanken und Gefühle) berücksichtigt werden. Gegebenenfalls sollte sie noch fehlende Informationen einholen.

Frau S. brachte schließlich folgende *Problembeschreibung*: „Mein Mann und ich sind seit drei Jahren verheiratet und haben ein zwei Jahre altes Kind. Seit sechs Monaten muß mein Mann noch spät am Abend arbeiten, gewöhnlich bis 22.00 Uhr. Er muß das noch einige Zeit weitermachen, weil wir das Geld dringend benötigen. Doch wenn unser Kind im Bett ist und ich auf meinen Mann warte, fühle ich mich zunehmend einsam, ängstlich und depressiv. Ich habe versucht, mich durch Fernsehen und Lesen abzulenken, aber das klappt nicht. Ich möchte nicht jeden Abend allein sein. Ich liebe es, mit Leuten zusammen zu sein und mich an interessanten Unterhaltungen zu beteiligen. Außerdem wohnen wir an einer Straße mit nur wenigen Häusern, die auch nicht gut beleuchtet ist. Ich habe Angst, jemand könnte herausbekommen, daß ich abends allein bin, und er könnte versuchen einzubrechen. Wenn mein Mann schließlich nach Hause kommt, ist er gewöhnlich sehr müde und geht direkt zu Bett. Deshalb haben wir während der Woche keinen sexuellen Kontakt, was mich ziemlich frustriert.“

Der nächste Schritt bestand nun darin, das *Problem adäquat zu formulieren*. Dazu sollte die Klientin ihre wichtigsten Ziele und die Bedingungen angeben, die die Situation zu einem Problem machten. Frau S. nannte als erstes Ziel: „Mein Mann soll abends länger zu Hause sein“. Die Frage, warum sie das wolle, führte zur Angabe der folgenden drei Gründe:

1. Bedürfnis nach sozialem Kontakt während der Abende,
2. Bedürfnis nach mehr sexuellem Kontakt während der Woche,
3. Bedürfnis nach Sicherheit an den Abenden.

Das Problem bestand demnach aus folgenden Teilen:

Ihr Bedürfnis nach sozialem Kontakt an den Abenden; demgegenüber Abwesenheit ihres Gatten.

Ihr Bedürfnis nach mehr sexuellem Kontakt während der Woche; demgegenüber Müdigkeit ihres Gatten und seine Gewohnheit, direkt zu Bett zu gehen, wenn er nach Hause kommt.

Bedürfnis nach mehr Sicherheit an den Abenden; demgegenüber die Abwesenheit des Gatten und ihre Angst, daß jemand einbrechen wird.

Der nächste Schritt bestand darin, *Lösungsmöglichkeiten* zu sammeln. Zunächst wurde nur nach Strategien, nicht nach praktischen, konkreten Lösungen gefragt. Die Klientin nannte mit Hilfe des Brainstormings unter anderem die folgenden Strategien:

- Versuche, eine Freundin oder Verwandte zu bewegen, mich gelegentlich abends während der Woche zu besuchen.
- Versuche, meinen Mann für mehr Sex während der Woche zu interessieren.
- Versuche, eine Beziehung zu einem anderen Mann aufzunehmen.
- Versuche, Sicherheitsvorkehrungen gegen Einbruch zu treffen.

Für den nächsten Schritt, die *Entscheidung*, wurde Frau S. instruiert, die Angemessenheit der verschiedenen Strategien zu überprüfen. Dazu sollte sie sich folgende Frage stellen: „Wenn ich diese spezielle Alternative ausführe, was wären die verschiedenen möglichen Konsequenzen?“ Für die Strategie „Kontaktaufnahme mit einem anderen Mann“ nannte die Klientin unter anderem folgende *Konsequenzen*: interessante Unterhaltungen, befriedigende sexuelle Erfahrungen, Geschenke, erfreuliche soziale Aktivitäten, Schuldgefühle, „Mein Mann könnte die Sache herausbekommen“, Trennung und Scheidung, emotionale Probleme mit meinem Kind.

Im nächsten Schritt sollte die Klientin versuchen, für die einzelnen Konsequenzen a) den *Wert* der einzelnen Konsequenzen und b) deren *Auftrittswahrscheinlichkeit* für die einzelnen Alternativen, so gut wie möglich abzuschätzen. Diese Werte wurden in eine Tabelle eingetragen. Frau S. wählte die Strategie aus, die ihr die günstigsten Konsequenzen zu haben schien.

Der nächste Schritt bestand nun darin, für die ausgewählten Strategien *konkrete Handlungspläne* (Taktiken) zu entwickeln. Dazu wurde das gleiche Vorgehen gewählt. Für die Strategie „eine Freundin oder Verwandte zu bewegen, mich gelegentlich während der Woche abends zu besuchen“ nannte sie folgende spezielle Verhaltensweisen: „Ich frage meine Mutter, ob sie mindestens einen Abend in der Woche bei mir verbringt; ich frage verschiedene Nachbarn, ob sie an einem Spielabend einmal in der Woche in meiner Wohnung teilnehmen möchten; ich benachrichtige meine Freundinnen, daß ich einmal in der Woche einen Nähkurs veranstalte.“ Für jede Alternative wurde erneut der Entscheidungsprozeß durchlaufen.

Frau S. unternahm eine Reihe von *Aktionen*, unter anderem lud sie Freunde zu einem Spielabend einmal in der Woche ein, beteiligte sich an einem Abendkurs für Erwachsene in Haushaltsführung und anderes mehr.

Die Autoren beschränkten sich auf die Darstellung dieses Beispiels. Weitere problematische Situationen zum Training der Problemlösungskompetenz werden nicht geschildert.

Literatur

D’Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971): Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 28, 107–126.

Beispiel 10.2: Kognitive Therapie bei Depression

Das Fallbeispiel eines depressiven Lehrers verdeutlicht:

- wie durch ein Tagesprotokoll automatische Gedanken festgehalten werden,
- wie daraus in den folgenden Therapiephasen die dysfunktionalen Grundannahmen und alternative Gedanken herausgearbeitet werden.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 10.6 Kognitive Therapie

Quelle

Hautzinger, M., Stark, W. & Treiber, R. (1994). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Beltz PVU (S. 117–119).

Herr B. ist 43 Jahre alt, Lehrer für Mathematik und Physik an einem Gymnasium. Er ist seit 5 Jahren kinderlos mit einer Bibliothekarin verheiratet. In der ersten von insgesamt 12 ambulanten Behandlungssitzungen schildert er, daß er depressiv sei, seit er denken könne. Früher als Jugendlicher hätte sich das jedoch eher als Unsicherheit und Hemmung ausgedrückt. Auch sein älterer Bruder leide an Depressionen und wird seit vielen Jahren, ebenso wie Herr B., medikamentös, zuletzt mit Langopax und Tranxilium behandelt. Herr B. erlebt diese Behandlung als hilfreich, zumindest um aus den „furchtbaren“ Tiefs draußen zu bleiben bzw. schneller wieder raus zu kommen. Er berichtet, daß es verschiedene Phasen gab, in denen es ihm richtig gut ging. Sein Großvater hat, wie Herr B. erst vor 3 Jahren erfuhr, vor 40 Jahren Selbstmord verübt, da er angeblich an Depressionen gelitten habe. Der Facharzt, bei dem Herr B. seit knapp 2 Jahren wegen den Medikamenten in Behandlung ist, diagnostizierte bei ihm eine endogene Depression (nach ICD 296.1).

Sein Elternhaus war streng, ernst, konservativ, religiös, mit hohen Erwartungen, doch ohne echtes Interesse und ohne Lob, Anerkennung oder Gefühle. Die insgesamt drei Kinder wurden zu „netten“ Menschen erzogen. Es war Verpflichtung, ungeachtet der eigenen Haltung und Empfindung, immer freundlich, angenehm, zuvorkommend und zustimmend zu sein. Es war nicht erlaubt, Gefühle (vor allem negative) oder sein wirkliches Selbst zu zeigen. Sich selbst zu kontrollieren und alles was man vorhatte und tat unter Kontrolle zu haben, war die wesentliche Aufgabe.

Bereits als Kind und die ganze Schulzeit hindurch war Herr B. sehr an Musik interessiert. Seine Stimme war so gut, daß er Gesangsausbildung (durch den Chorleiter der Schule) erhielt und wiederholt bei lokalen und kirchlichen Festen Soloauftritte hatte. Diese Fähigkeit wurde von der Familie toleriert, doch als es darum ging, ob er nach dem Abitur Musik studieren solle, versagte sein Vater ihm die Unterstützung mit den Worten: „Sein Hobby sollte man nicht zu seinem Beruf machen. Er sollte was Ernsthaftes lernen“. Ohne es eigentlich zu wollen, fing er dann ein Lehrerstudium am Ort seines Elternhauses an.

Die erste Phase des sich frei und gesund Fühlens erlebte Herr B. mit 22 Jahren, als er für ein knappes Jahr Austauschstudent in den USA war. Er lernte Leute kennen, hatte eine erste Freundin und vernachlässigte seine Studienfächer, um Gesang, aber auch Philosophie und Psychologie zu belegen. Obgleich er hätte länger bleiben können, ließ er sich von seinem Pflichtbewußtsein (und den Bemerkungen seiner Eltern) leiten und ging zurück in seine „enge“ Welt. Eine ähnliche gute Zeit erlebte er, als er sein Referendariat in einer anderen Stadt machte. Auch damals war er mehr mit der Musik und dem Gesang beschäftigt, als mit der Schule. Er war sogar zeitweilig Mitglied in der Oper. Auch diesen „Ausbruch“ beendete er dadurch, daß er in einem anderen Ort eine feste Stelle annahm. Er war nun Lehrer, obgleich er dies innerlich niemals halte werden wollen.

In den letzten Jahren und aktuell beobachtete Herr B., daß ihm vor allem der Umgang mit Menschen schwerfällt. Es gelingt ihm noch gut, den ersten Kontakt durchzustehen, doch dann fangen die Ängste und Zweifel an. Er versucht dann weitere Kontakte zu vermeiden. Die Ängste richten sich vor allem darauf, daß es ihm bei weiteren Kontakten nicht gelingen könnte, die Kontrolle über seine Gefühle zu behalten und sein wahres Selbst zum Vorschein kommen könnte. Er befürchtet, daß seine Verunsicherung, sein Ärger und seine Aggressionen durchkommen könnten. Gefühle, die er schon

immer hatte (z. B. dem Vater gegenüber), aber niemals zulassen oder zeigen durfte. Niemand außer seiner Frau hat jemals sein wahres Selbst erlebt. Auch bei seiner Frau dauerte es fast drei Jahre, bis er die Fassade aufgeben konnte.

Von Anfang an bestand die therapeutische Arbeit darin, die automatischen Gedanken und Grundannahmen zu erkennen und zu beeinflussen. Bereits in der zweiten Sitzung erhielt der Patient die Aufgabe, die drei ersten Spalten des Tagesprotokolls negativer Gedanken auszufüllen. Er brachte folgende Liste:

Auslöser/Situation	Gefühle	automatische Gedanken
1. Ein anderer Autofahrer hupt wegen mir	verunsichert	Ich hab was Falsches gemacht. Hab einen schlechten Eindruck gemacht. Mach einen Narr aus mir.
2. Kollege versteht mich akustisch nicht	verunsichert, ärgerlich	Ich sollte so laut reden, daß andere mich verstehen. Er sollte mich so respektieren, daß er sich mehr bemüht mich zu verstehen.
3. Schüler stört im Unterricht	verunsichert, verärgert	Ich sollte genügend Einfluß haben, dies zu unterbinden. Die Schüler sollten mich respektieren.
4. Biege links ab, statt rechts	verärgert, verunsichert	Sie (Ehefrau) hätte mir es sagen müssen. Ich hätte es wissen müssen. Ich habs vermasselt.
5. Bringe etwas Falsches aus dem Supermarkt	verärgert, deprimiert	Sie hätte es deutlicher sagen sollen. Wieder ein Fehler. Ich hätte es wissen müssen.
6. Komme zu spät zu einer Verabredung	beschämt, verärgert	Ich hätte pünktlich sein müssen. Ich hätte das wissen müssen (Verkehrsstau) und früher losfahren müssen.
7. Wochenendplan geht schief, erreichen Zielort nicht	frustriert, verärgert, verunsichert	Pläne sollen eingehalten werden. Ich hab den Plan gemacht. Nun sieht es aus, wie wenn es mein Fehler ist. Ich bin der Dumme.
8. Meine Frau versteht nicht, wie ich ihr erkläre, daß renovierte Türen des antiken Bücherschranks wegen ihren Büchern nicht zugehen und sie diese anders ordnen muß.	wütend, verärgert	Sie hätte der Sache so folgen sollen, daß sie es auch ohne lange Erklärung verstanden hätte. Sie kümmert sich nicht um mich und was ich tue. Niemand hört auf mich.

Der nächste Schritt bestand nun darin, mit Herrn B. diese vielen „Sollte“-Äußerungen zu hinterfragen und alternative, passendere Gedanken für die jeweiligen Situationen zu finden. Rasch kamen verschiedene Grundannahmen hinter diesen Gedanken zum Vorschein: Seine wahren Gefühle zu zeigen gehört sich nicht. Sei immer nett, zuvorkommend, freundlich zu anderen. Zeige nie deine Gefühle. Verliere nie die Kontrolle. Laß die Finger von Dingen, die du nicht gut kannst (Anspruch: Bester sein zu wollen). Vermeide Mißerfolge, Risiken, sonst halten andere dich für einen Narr. Dinge haben so wie geplant abzulaufen (Perfektionismus, Rigidität). Dinge, die Spaß und Freude bereiten, zählen nicht. Das Leben ist nicht dazu da, sich nur nach dem Vergnügen zu richten.

Das Tagesprotokoll negativer Gedanken erwies sich einmal mehr als hilfreiche Arbeitsmaterialien. Herr B. gewöhnte sich an, täglich diese Spalten auszufüllen und selbständig an seinen verzerrten, dysfunktionalen Gedanken (Regeln) zu arbeiten. Im Verlauf des wiederholten Arbeitens an diesen Kognitionen (immer in der derselben Weise: Erkennen der konkreten Auslöser, der Gefühle dabei, der verantwortlichen automatischen Gedanken, der Grundannahmen; dann in sokratischer Weise die Einseitigkeit, die falsche Logik der Überzeugungen aufzeigen bzw. selbst erkennen lassen; danach festhalten, was passendere Kognitionen wären bzw. wie die bisherigen Überzeugungen zu lindern wären und wie die Umsetzung dieser neuen Kognitionen in der Wirklichkeit gelingen könnte und zu welchen Gefühlen diese Veränderung führt) gelang es Herrn B. immer besser, von seinen überzogenen Gedan-

ken Abstand zu nehmen, seine Gefühle zuzulassen, sie zu zeigen (zuerst seiner Frau, dann auch verschiedenen Kollegen) und gelassener zu reagieren.

Bei einem telefonischen Kontakt einen Monat nach Abschluß der kurzen Behandlung berichtete Herr B., daß er in Absprache mit seinem Arzt die Medikamente reduziert habe. Er habe nach über 12 Jahren wieder angefangen, Musik zu machen und zu singen. Mit seiner Frau sei er wieder in einem Konzert gewesen und sie hätten Karten für die Oper.

Beispiel 10.3 .Systemimmanente kognitive Therapie bei Angststörungen und Medikamentensucht

Das Fallbeispiel eines 30-jährigen Mannes mit multiplen Situationsängsten, Leistungsangst und Medikamentensucht verdeutlicht:

- die Bedeutung und Umsetzung der unterschiedlichen Phasen der Systemimmanenten kognitiven Therapie.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 10.6 Kognitive Therapie

Quelle

Rojahn, J. (1982). Therapie eines Klienten mit multiplen Situationsängsten, Leistungsangst und angstbedingter Medikamentenabhängigkeit.

In W. Fiegenbaum (Hrsg.), Psychologische Therapie in der Praxis.

Stuttgart: Kohlhammer (S. 39–55).

Mit freundlicher Genehmigung.

Zur Person des Klienten: Bei dem Klienten, den wir hier Herrn K. nennen wollen, handelt es sich um einen 30-jährigen Studenten, der von seinem früheren Studienort L. gemeinsam mit seiner Freundin nach W. gekommen ist, um seine starke Angst behandeln zu lassen, an der er bereits längere Zeit leidet. Seine Situation hat sich aufgrund schlimmer werdender Ängste und einer damit im Zusammenhang stehenden Medikamentenabhängigkeit soweit verschlechtert, daß er das Gefühl hat, total am Ende zu sein, keinen Ausweg mehr zu sehen; er ist zu allem bereit, was ihm helfen könnte. Nach enttäuschenden früheren Therapieerfahrungen sucht er nach einer „angstzentrierten“ Behandlung.

Herr K. wurde mit 4 Jahren aus dem Waisenhaus adoptiert, hat jedoch mittlerweile den Kontakt zu den Adoptiveltern abgebrochen. Im Jugendalter arbeitete er als Lehrling und hat später die entsprechenden Prüfungen erfolgreich absolviert. Daraufhin entschloß er sich zum zweiten Bildungsweg und legte das Abitur ab, um schließlich ein Studium aufzunehmen.

Chronologie der Behandlung

Herr K. wandte sich zunächst brieflich aus L. an den Therapeuten, der sich zu der Behandlung bereit erklärte. Das Erstgespräch wurde telefonisch vereinbart, nachdem Herr K. nach W. übersiedelt war und die Therapie beginnen konnte.

1. Sitzung: Von mir, dem Therapeuten, dazu aufgefordert, von seinen Schwierigkeiten zu berichten, erzählt Herr K.:

„..., Hauptmotiv sind natürlich die Angstzustände, die ich habe, und die sind schon seit fünf, sechs Jahren so, daß ich sie bewußt wahrnehme. Ich glaube allerdings, daß die schon seit Jahren latent bei mir vorhanden waren. Und das ist auch der Zeitraum, seitdem ich diese Medikamente regelmäßig nehme. Anfangs war es immer nur eine, und zur Zeit bin ich auf vier, fünf Lexotanil-6 gekommen. Naja, und dann ging es darum, daß ich auch gemerkt habe, daß ich diesen Medikamentenkonsum nicht mehr unter Kontrolle bekomme. Da stellen sich natürlich Zustände wie Apathie, Arbeitsunfähigkeit ein, ich kann nichts mehr unternehmen, und vor allem die Medikamentendosis konnte ich immer weiter erhöhen, und die Angstzustände sind doch da gewesen.“

Die vorgebrachten Probleme werden gegliedert und ich beginne zunächst, auf die Ängste einzugehen. Dabei versuche ich, das für Herrn K. unüberschaubar gewordene Angstgefühl („Ich weiß gar nicht, wovor ich *keine* Angst habe“) auf einzelne Verhaltensereignisse zu konkretisieren, um die Angst einer Verhaltensanalyse zugänglich zu machen. Die Ängste sind jedoch bereits so verbreitet, daß nur mit Mühe einzelne Angstsituationen isoliert werden können:

„Ich habe mich in den letzten zwei, drei Jahren eigentlich solchen Situationen grundsätzlich entzogen. Ich bin also so gut wie gar nicht mehr weggegangen.“

Die Ängste werden daher anhand der aktuellen Ereignisse, die unmittelbar vor dem Erstgespräch auf dem Wege zum Therapeuten abgelaufen waren, exemplarisch diskutiert und aufgefächert. Schon während dieser ersten Unterhaltung ergibt sich für mich die Frage, ob bei Herrn K. nicht verschiedene

Typen von Ängsten vorliegen, die unter Umständen eine gesonderte Behandlung erfordern werden: Eine Reihe von Ängsten scheinen durch überhöhte Erwartungen an sich selbst motiviert zu sein, während man andere wiederum als generalisierte Situationsängste bezeichnen könnte.

Während des Gesprächs wirkt Herr K. zunächst äußerst angespannt und erregt, was sich in hastigem Sprechen, Schwitzen und einem geröteten Gesicht bemerkbar macht. Dies kontrastiert mit einer scheinbar lässigen, zurückgelehnten Sitzhaltung mit übergeschlagenen Beinen. Später wird er insgesamt ruhiger, und er erklärt, daß er die Atmosphäre und mich als Therapeuten als angenehm empfindet.

Danach stelle ich das Rahmenkonzept der Behandlung vor, das eine intensive Beteiligung des Klienten und aktive Mitarbeit im Sinne der Selbstverantwortung vorsieht. Auf die Frage nach dem Therapieziel äußert Herr K. die Hoffnung, mit seinen Ängsten „umgehen“ zu lernen. Das erste Gespräch wird nach der Erklärung und Aushändigung von Erhebungsbögen beendet. Diese umfassen einen umfangreichen Fragebogen zur Lebensgeschichte und eine Angstskala ...; außerdem soll Herr K. eine Chronologie seiner Ängste erstellen, in der alle wesentlichen Ereignisse, die ihm je im Zusammenhang mit den Ängsten bedeutsam erschienen, beschrieben sind.

2. Sitzung: Die zweite Sitzung beginnt mit einer beträchtlichen Verzögerung von mehreren Stunden, da Herr K. aus Angst zunächst nicht in die Therapie kommen wollte. Ich rufe ihn an. Er redet sich darauf heraus, verschlafen zu haben, korrigiert sich dann allerdings gleich zu Beginn der Sitzung:

„Ja, da möchte ich doch noch etwas dazu sagen, daß ich mich heute morgen also am liebsten verkrochen hätte ... ich fühlte mich so erschlagen ... wußte nicht, wie ich das hier noch leisten soll. Ich hatte das Gefühl, ich müßte irgendetwas leisten, und da kam wieder so eine Panik in mir hoch, und ich hab dann noch mit meiner Freundin darüber gesprochen, und die fand das ja nun überhaupt nicht gut, daß ich da nicht hinwollte ...“

Es treten hier offensichtlich wiederum Leistungsängste auf, verbunden mit der Erwartung zu versagen. Ähnliche Gefühle eines unangenehmen Leistungsdruckes empfindet Herr K. hin und wieder auch angesichts seiner Freundin: Dabei belastet es ihn manchmal, seinen „sexuellen Pflichten“ nicht nachkommen zu können. Ich versuche, auf die Erwartung eines eigenen Versagens einzugehen, und breche dabei in ein neues Thema ein:

„Ich kann nur sagen, das war schon immer so, daß ich, wenn ich in Situationen kam, wo ich nicht ganz sicher war, ob ich das schaffe, daß da immer so ein Gefühl der Panik vorkam, sei es in der Schule gewesen, sei es, was meine Eltern von mir verlangt haben. Ich kann mich da also an eine Situation erinnern, da sollte ich als kleiner Bub im Laden, die hatten ja ein Geschäft, irgendetwas erledigen. Da war ich, glaub ich, 8 oder 9, und ich war mit dieser Aufgabe auch total überfordert. Und dann habe ich diese Aufgabe auch prompt falsch gemacht. Dann hat es also Schläge gehagelt ... erstmal (habe ich) total geweint, dann ganz laut mit dem Fuß aufgestampft (und) hab geschrien: Ich bin eben noch nicht erwachsen, ich kann eben noch nicht alles! Dann bin ich also in mein Zimmer gegangen ... und dann hab ich mir eben die Arme aufgeschnitten, weil der körperliche Schmerz dann den emotionalen Schmerz überdeckte.“

Bei weiterem Nachfragen stellt sich heraus, daß das Arm-Aufschneiden mehrere Male vorgekommen ist (Herr K. hat etliche breite Narben an der Außenseite der beiden Unterarme, von der Handwurzel bis zu den Ellbogen), nun aber schon seit einigen Jahren nicht mehr. Nach eingehender Analyse wird klar, daß damit offenbar keine soziale Appellfunktion verknüpft war, und man das Verhalten als gescheiterten Lösungsversuch betrachten kann. Daher entscheide ich mich, trotz dieser spektakulären Berichte, die Selbstverletzungen als nicht mehr aktuell aus der Behandlung auszuklammern.

Interessant ist dazu die *Motivationsanalyse des Klienten*: Das Arm-Aufschneiden hatte den Zweck, den emotionalen Schmerz (verursacht durch ein Gefühl, ungerecht behandelt zu sein, der Unterstellung und der Überforderung), gegen den er sich direkt nicht zur Wehr setzen konnte, quasi durch einen physischen Schmerz zu ersetzen, gegen den wohl etwas zu unternehmen war (u. z. durch die eigene Versorgung der Wunde).

Gleich zu Beginn der Sitzung berichtet Herr K. auch, daß er den Fragebogen zur Lebensgeschichte nur mit Mühe und teilweise mit einigem Ärger über unzutreffende Fragen (etwa über seine Eltern) ausfüllen konnte; keine Schwierigkeiten hatte der Angstfragebogen gemacht, die Chronologie der Angst steht noch aus. Ich weise darauf hin, daß ich Wert darauf legen würde, die Chronologie zu erhalten. Mein Interesse liegt in dieser Situation weniger an den vermißten Informationen, als vielmehr daran, daß ich ein „Leistungsproblem“ des Klienten beim Erstellen dieser Zusammenfassung vermute.

Daher will ich nicht zulassen, daß er Leistungsangst als Vorwand nimmt, um eine gestellte Aufgabe zu vermeiden. Gleichzeitig geht es aber auch um die Glaubwürdigkeit meiner Anordnungen als Therapeut.

3. Sitzung: Zu Beginn versuche ich, die Hintergründe und den Verlauf der Medikamentenabhängigkeit sowie frühere Therapieerfahrungen zu beleuchten. Herr K. hat tatsächlich einen relativ intensiven und langdauernden Umgang mit Medikamenten und Therapien gehabt. Seine Medikamentenabhängigkeit begann am Ende seiner Lehrlingszeit mit Amphetaminen (Captagon) zur Steigerung seiner intellektuellen Leistungsfähigkeit (intellektuelle Insuffizienzgefühle in der Beziehung zu einer Gymnasistin) und gleichzeitig mit sedierenden Substanzen (Valium, Tranxilium, Lexotanil), die er gegen Angstzustände schluckte. Seine erste stationäre Entziehungskur (Valiumentzug) begann er freiwillig vor etwa 10 Jahren. Zu dieser Zeit beteiligte er sich auch erstmals an einer Psychotherapie (psychoanalytische Gruppentherapie). Später begab er sich noch in zwei weitere psychotherapeutische Behandlungen (psychoanalytische Einzelbehandlung), die er jedoch sehr bald enttäuscht abbrach.

Die Medikamentendosis zu Beginn der dritten Sitzung beträgt rund zwei bis drei Lexotanil-6 täglich, was Herr K. als „bereits ziemlich gut“ bezeichnet, da er ja kurz vor der Therapie noch vier bis fünf Tabletten täglich verbraucht hatte.

Die dritte Sitzung, die als Vorbereitungsgespräch für den Medikamentenentzug geplant war, bringt neben wichtigen Informationen eine Atmosphäre in unser Gespräch, die mich aufhorchen läßt. Herr K. versucht, durch weitschweifige Vorschläge zur Therapie und durch schwer zu durchbrechendes Reden das Konzept an sich zu reißen und mit mir einen Positionskampf aufzunehmen: Und zwar, indem er einerseits seine Therapieerfahrungen herausstreicht, wobei er seine eigenen Erfahrungen mit psychischen Problemen anderer und seinen überlegenen Umgang mit früheren Therapeuten durchblicken läßt; die Schilderungen seiner Medikamentenabhängigkeit sind von einem Hang zum Grandiosen geprägt, der wie ein Einschüchterungsversuch auf mich wirkt:

„Ich hab vielleicht am Tag so hundert Captagon genommen, und um das wiederaufzufangen, habe ich fünfzig Valium-10 genommen.“

Es gelingt mir nur mit Mühe, die geplante Fragenstruktur inhaltlich durchzubringen. Es ist, als ob Herr K. versucht, als Co-Therapeut seiner eigenen Behandlung zu fungieren, d. h. sich damit auch selbst und das eigene Problem aus dem Verkehr zu ziehen.

4. Sitzung: Die vierte Sitzung beinhaltet vor allem die Vorbereitung auf den Entzug von Lexotanil, der bis zum Beginn der angst-zentrierten Behandlungsphase abgeschlossen sein soll, d. h. Herr K. muß vor der Therapie eine Woche lang medikamentenfrei gewesen sein. Dies schien mir deshalb erforderlich, damit der Klient eine erfolgreiche Angstbehandlung auch nicht im Entferntesten mit Medikamenten in Zusammenhang bringen kann. Zusätzlich sollten auch mögliche Effekte eines „state-dependent-learning“ vermieden werden, die einen Lerntransfer der Angstbehandlung unter Medikamenteneinfluß auf die angestrebte, drogenfreie Situation erschwert. Der Medikamentenentzug soll durch Selbstaufzeichnungen (Selbstkontrolle) unterstützt werden und durch eine genau vorgeschriebene, gestaffelte Reduktion innerhalb von zwei Wochen auf Null herabgesetzt werden. Für eine medizinische Unbedenklichkeitserklärung wird ein Arzt konsultiert, der Herrn K. gründlich untersucht. Neben der Medikamentenreduktion und den Medikamentenprotokollen wird Herrn K. aufgetragen, mit detaillierten Angstsituationsprotokollen zu beginnen.

Während dieser Vorbereitungen kommt es zu starker Spannung zwischen Klient und Therapeut. Herr K. hat zunächst große Mühe, an einem praktischen Beispiel ein Angstprotokoll auszufüllen, in dem eine knappe Situationsbeschreibung und eine Schätzung der aktuellen Angst auf einer Skala von 0 bis 100 einzutragen sind. Er meint, er fühle sich von mir kontrolliert und wisse nicht, was ich von ihm wolle. Daraufhin gebe ich kleine Hinweise, bis ein Protokoll vollständig ausgefüllt ist. Herr K. scheint dabei eine schwere Angstattacke zu erleben, die seine Aufmerksamkeit völlig blockiert. Es ist dabei zu spüren, daß Herr K. fürchtet, daß jemand seine Angst erkennt. Ich spreche ihn aber vorläufig nicht auf diese Beobachtung an. Kurz vor Ende der Sitzung kommt es zu einer weiteren gespannten Situation, in der ich die Gelegenheit ergreife, die Ansicht des Klienten von seinen eigenen Ängsten in Frage zu stellen:

Herr K. spricht von einem „Berg“ von Angst, der es ihm z. B. unmöglich mache, einzelne Situationen zu isolieren und aufzuschlüsseln. Ich weise ihn darauf hin, daß dieses Bild des „Berges“ vielleicht eine Funktion habe: nämlich die Apotheose der Angst, die jede Handlung, die unter ihrem Einfluß

ausgeübt wird, legitimiert; die auch rechtfertigt, daß er das vorhin vorgelegte Protokoll nicht ausfüllen kann. Eine Zerteilung der Angst in einzelne konkrete Situationen käme einer Zertrümmerung des Berges gleich. Der Klient reagiert heftig, zunächst etwas unwillig und fast empört über diese Profanisierung seiner Ängste. In einem Moment kommt es sogar zu einer heftigen, wenn auch versteckten Drohung:

„Ich hab einfach das Gefühl, daß man mir etwas unterstellt ...“

Diese Aussage empfinde ich deshalb als Drohung, weil „Unterstellung“ für Herrn K. eine zentrale Auslösefunktion hat, die ihn zu allerhand schwerwiegenden Reaktionen hinreißen könnte (siehe sein früheres Arm-Aufschneiden).

Resümee

Auf Grund der Informationen aus den ersten vier Sitzungen hat sich für mich die in der ersten Sitzung noch vage gefaßte Hypothese erhärtet, daß die Hauptsymptome des Klienten zwei miteinander verknüpfte Angsttypen sind, die therapeutisch unterschiedlich angegangen werden sollten. Es handelt sich um

- situationale Ängste (z. B. beim Besuch eines Lokals), die durch Reizüberflutung behandelt werden können, und um
- Leistungängste, die im wesentlichen mit einem überhöhten Anspruchsniveau an die eigenen Fähigkeiten im Zusammenhang stehen. Da diese Ängste immer weitere Auslöser und Bestätigung in der realen Situation finden, in der sich Herr K., bedingt durch sein Anspruchsniveau, immer wieder als Versager erlebt, muß die Behandlung dieser Ängste eher auf den kognitiven Umgang mit der Wirklichkeit abzielen.

Die Medikamentenabhängigkeit wird als Sekundärproblem identifiziert, das mit dem Abbau der Ängste behoben werden kann. Dazu ist es allerdings nötig, den Medikamentenkonsum bereits vor der Angstbehandlung einzustellen.

5. Sitzung: Zunächst wird die Verlaufskurve der Medikamenteneinnahme genau besprochen [...] Herr K. hat sich nur zum Teil an den vorgeschriebenen Plan gehalten: Während des emotional eher belastenden Aufenthaltes in L. (seinem früheren Studienort) nahm er an zwei Tagen eine höhere Dosis, wohingegen er am ersten Tag des Entzugs weniger als vorgegeben eingenommen hatte. Die Abweichungen von der Idealkurve werden angesprochen und danach die mitgebrachten Angstprotokolle durchgesehen.

Da die Protokolle sehr gut ausgefüllt sind und schließlich auch die Medikamentendosis reduziert werden konnte, drücke ich darüber meine Freude und Anerkennung aus. Ich merke, daß Herr K. unruhig wird und dieses Lob nicht ertragen kann. Das nehme ich zum Anlaß, die Wichtigkeit der Anerkennung der eigenen Leistung, unter anderem für diese Therapie, herauszustreichen. Es kommt zu extrem starken Spannungen, als ich Herrn K. auffordere, selbst positive Argumente zu formulieren, warum man die abgelaufene Woche als Erfolg sehen könnte. Gequält und ohne Überzeugung bringt er ein Argument vor. Ich fühle mich unter sehr starker Anspannung und einem Druck von Herrn K. ausgesetzt, ihn doch nicht weiter zu bedrängen: Er wirft sich in seinen Sitz zurück, vergräbt sein Gesicht und beginnt zu schluchzen. In diesem Moment erscheint mir aber im Sinne der Kommunikationsstruktur bedeutsam, nicht nachzugeben. Schließlich breche ich die Situation aber doch ab, nachdem er ja zuvor ein positives Argument geäußert hatte. Ich bemerke dabei, daß ich einen Fehler gemacht habe, da ich mich ganz im Sinne seiner Ängste verhalten habe, d. h. ich habe Herrn K. aufgrund seiner Angstreaktion die Situation erleichtert und damit als „Fluchthelfer“ gedient.

So ergreife ich nun die Gelegenheit, einerseits meinen Unmut über diesen Fehler rückzumelden, und gleichzeitig Herrn K. ein anschauliches Beispiel für die Funktionalität seiner Angst zu vermitteln. Ich schildere meine Wahrnehmungen und meine Reaktion auf sein Verhalten. Dabei streiche ich besonders heraus, daß Angst eine durchaus dienliche Funktion für den Klienten haben kann, die aber dadurch gleichzeitig eine Aufrechterhaltung der Ängste und ihre Verbreitung auf neue Situationen bewirkt. Herr K. ist zunächst offensichtlich verblüfft über diese Interpretation. Er meint zum Abschluß der Sitzung, bis zum nächsten Mal darüber nachdenken zu wollen.

Für mich hat sich durch diese völlig ungeplante Begebenheit eine neue Ausgangsbasis für die nächste Sitzung ergeben, in der die kognitive Vorbereitung zur Reizüberflutungsphase vorgesehen ist. Trotz des ursprünglichen Unmuts über die nicht ganz glücklich verlaufene Episode über das Loben der eige-

nen Leistungen, in der ich zu heftig und zu schulmeisterlich agiert habe, sehe ich diese Sitzung als einen wesentlichen Fortschritt an.

6. Sitzung: Mit diesem Tag ist Herr K. medikamentenfrei. Bisher verlief der Entzug relativ problemlos, wenngleich die körperliche und psychische Strapaze sichtbar ist. Er ist froh darüber, keine „Gifte“ mehr einzunehmen, fühlt sich aber ohne Medikamente noch nackt und verwundbar. Herr K. hat weiterhin die Angstprotokolle gründlich geführt, und der schrittweise Lexotanil-Entzug entsprach diesmal genau den täglich vorgegebenen Quantitäten [...].

Jetzt beginnt die kognitive Vorbereitung auf die Reizüberflutungsphase, die eine detaillierte Erklärung der Angstentstehung, -aufrechterhaltung und -erweiterung sowie des Therapieprinzips beinhaltet [...]. Angst wird u. a. im Sinne der Mowrer'schen (1939) Zwei-Faktoren-Theorie erklärt und ein Schwerpunkt auf das angstverstärkende Flucht- und Vermeidungsprinzip gelegt. Dies wird zunächst abstrakt erläutert und daran anschließend, anhand typischer Angstsituationen des Klienten, illustriert. Mit Hilfe dieses lerntheoretischen Angstmodells wird auch das Prinzip der Reizüberflutung erklärt, bei der der Klient dazu angehalten ist, die Angst nicht mehr zu vermeiden, sondern im Gegenteil auf sich zukommen zu lassen, sie voll zu erleben, um schließlich die Erfahrung zu machen, daß die Angst von selbst wieder verschwindet. Dabei wird die Selbständigkeit des Klienten in der Bewältigung der Angst betont, sowie die damit verbundene, neu erworbene Kompetenz, auch in zukünftigen Angstsituationen bestehen zu können. Herrn K. scheinen meine Ausführungen einleuchtend zu sein. [...]

Im nächsten Schritt werden diejenigen Angstsituationen definiert und festgelegt, die in der Reizüberflutung geübt werden sollen. Es handelt sich dabei um die schwierigsten Bedingungen für den Klienten, die wir eruieren konnten, da es sich gezeigt hat, daß das unmittelbare und konfrontative Angehen gerade der am meisten gefürchteten Situationen zu einem raschen Therapieerfolg beiträgt. Zur Auswahl werden die Informationen aus den diagnostischen Gesprächen und den angefertigten Angstprotokollen herangezogen. Es wird versucht, die jeweiligen Situationen in all ihren bedrohlichen Details festzulegen.

Bei dieser Ausgestaltung der Übungssituationen wird wieder deutlich, daß Herr K. oft nur relativ unbestimmte Aussagen treffen kann, da er seit recht langer Zeit Angstsituationen fast ausnahmslos meidet. Wenn er aber doch in eine angstinduzierende Situation geraten ist, kommt es zu einer Wahrnehmungsblockade (die ebenfalls als Vermeidungstyp gelten könnte). So kommt es dazu, daß die detaillierte Ausgestaltung mancher Angstitems aufgrund anderer Informationen interpoliert werden muß. Zusätzlich wird Herr K. auf starke Erwartungsängste vorbereitet, die bis zum Beginn der Intensivphase auftreten werden. Die Vorbereitung der Reizüberflutung wird mit der Terminplanung abgeschlossen.

Intensivphase der Reizüberflutung

Die Reizüberflutung wird auf drei volle Tage festgelegt, in denen der Klient von morgens bis abends in Begleitung eines Therapeuten bestimmte Situationen aufsuchen muß. Ich ziehe dazu auch Co-Therapeuten heran. Alle Situationen werden vom Klienten *allein* auf gesucht. Die Therapeuten stehen nur zu Vor- und Nachgesprächen zur Verfügung.

1. Tag des Intensivtrainings

8:30 Vorbesprechung mit Co-Therapeuten.

9:30 Vorbesprechung mit Herrn K. und Unterzeichnung eines Therapievertrages, der besagt, daß Herr K. während der nächsten drei Tage nicht aus der Therapie aussteigen darf, da dies seine Ängste verschlimmern würde.

10:10 Aufzugfahren in einem Parkhaus.

Herr K. schätzt seine Angst-Intensität mit 50 (v. mögl. 100) ein. Er meint, daß es mit mehr Leuten im Aufzug schlimmer gewesen wäre.

10:25 Aufzugfahren mit mehreren Leuten.

11:15 Cafe-Besuch.

Herr K. soll einen Platz in der Mitte des Cafes einnehmen, Kaffee bestellen und solange drinnen bleiben, bis die Angst verschwunden ist. Hier tritt erstmals der erwartete Angstverminderungs-Effekt voll ein; die Angst nimmt nach fünf Minuten ab.

- 12:00 Aufsuchen der Universitäts-Bibliothek.
Suchen und Kopieren eines Zeitschriften artikels.
- 14:15 Würstchenessen in einer überfüllten Imbißstube.
- 14:45 Einkauf in einem großen Kaufhaus, das stark besucht ist.
- 16:00 Nachbesprechung.

Die Situationen des ersten Tages waren nur teilweise günstig gewählt, da sie entweder zeitlich ungünstig lagen (z. B. Fahrstuhlfahren war zu kurz, um die Angst abflauen zu lassen) oder vom Situationsaspekt her zu komplex waren (z. B. Universitäts-Bibliothek: Die Angst wurde von immer neuen Situationsmerkmalen wiederbelebt; offensichtlich spielten hier Leistungsängste mit eine Rolle, was nicht eingeplant war). Gut hingegen wirkten die Übungen im Cafe und in der Imbißstube, in denen das völlig neue Gefühl des Angst-Nachlassens voll zum Tragen kam, was der Klient erstaunt und euphorisch zur Kenntnis nahm.

2. Tag des Intensivtrainings

- 9:30 Vorbesprechung.
- 10:10 Aufenthalt im Wartesaal des Bahnhofs.
- 11:05 Herr K. fährt allein mit dem Zug.
Beide Situationen sind recht einfach zu bestehen. Ein Panikgefühl kommt auf, als die Türe beim Aussteigen aus dem Zug klemmt.
- 11:50 Besorgungen in einem großen und vollen Einkaufszentrum. Herr K. bekommt eine lange Liste zu besorgender Gegenstände.
- 13:30 Mittagessen in der Mensa der Universität.
Obwohl diese Situation in der Erwartung die allerschwierigste war, wirkt Herr K. beim Nachgespräch voll zufrieden: Es hätte ihm „richtig Spaß gemacht“.
- 14:35 Aufenthalt in einem Reisebüro, Erkundigung nach Prospekten. Die Enge des Raumes erschreckt Herrn K. zuerst. Aber auch hier läßt die Angst nach kurzer Zeit nach. Wie schon in früheren Gesprächen bemerkt, kommt es bei der Angstatacke zur Wahrnehmungsblockade: Herr K. kann sich an den Inhalt der von ihm gelesenen Prospekte überhaupt nicht erinnern.
- 16:00 Nachbesprechung der Tagesübungen.
- 21:00 Besuch eines überfüllten Studentencafes während der TV-Übertragung eines Fußball-Länderspieles.
- 22:30 Besuch einer überfüllten Diskothek.
Obwohl die beiden letzten Situationen durch optimale Reizbedingungen im Sinne der Angsterregung gekennzeichnet sind (z. B. enge Räume, Gedränge), setzt die „automatische“ Angstreaktion überzeugend ein.

3. Tag des Intensivtrainings

- 9:30 Vorbesprechung.
Die Übungen des heutigen Tages durchläuft Herr K. nur mit Co-Therapeuten, d. h. ohne mich.
- 10:00 Herr K. verbringt dreißig Minuten auf einer Bank vor einem Kaufhaus mit großem Besucherandrang. Neben sich hält er ein absurdes, aufblasbares, großes Schwimmtier, um Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Er hat dabei nur geringe Angst und wünscht sich fast, in L. zu sein, wo das Angstrisiko für ihn, wie er meint, größer sei als hier, in W.
- 10:45 Aufenthalt in einer „Spielothek“ mit Flipperautomaten und Billard wird gestrichen, da das Lokal leer und für unseren Übungszweck daher [ungeeignet ist.]
- 12:00 Mensa.
Herr K. hat den Auftrag, zunächst 10 Minuten beim Eingang zu verbringen und sich die Leute genau anzusehen. Er verspürt zu Beginn sehr heftige Angst, die jedoch auch wieder abnimmt.
- 13:30 Busfahrt in einem überfüllten Bus.
Nach dieser Übung berichtet der Klient, daß er „die Nase voll“ habe und ihn die Fahrt ziemlich „genervt“ hätte.
- 15:00 Nachbesprechung der Tagesübungen.

Mein Gespräch mit den Co-Therapeuten deutet Schwierigkeiten an, die während des Tages zwischen den Übungssituationen aufgetreten sind. Herr K. hat die Nachbesprechung sehr schnell verlassen. Da für den Abend noch eine schwierige Situation geplant ist (Autofahrt allein zu einem entlegenen Res-

aurant außerhalb der Stadt), beschließe ich, Herrn K. kurz aufzusuchen, um mögliche Verunsicherungen, die durch den heutigen Tag aufgetreten sein können, aufzufangen. Herr K. öffnet die Wohnungstür. Er macht auf mich einen völlig gespannten, verwirrten und erschöpften Eindruck, aus dem auch das Erstaunen und eine Erleichterung über mein Erscheinen zu lesen sind. Er erzählt mir, daß seine Freundin gerade unterwegs sei, um mich vom Telefonhäuschen aus anzurufen, da er völlig „fertig“ sei. Seine Angst sei abends auf 100 angestiegen, er könne seine Gedanken nicht konzentrieren und habe Angst „verrückt“ zu werden. Er sei überdies über ein Ereignis sehr bestürzt, das sich kurz zuvor abgespielt habe: Dabei hätte er seine Freundin ganz plötzlich aus einer zärtlichen Umarmung von sich gestoßen. Jetzt fürchtet er, die Freundin zu verlieren.

Da ich nicht den Eindruck habe, daß die Ängste in einem funktionalen Verhältnis zum heutigen Abendprogramm stehen, setze ich die geplante Übung für heute ab. Dies scheint vor allem deshalb nötig, da ich eine Autofahrt allein bei seiner offensichtlichen Verwirrung nicht verantworten kann. Es gelingt mir, unter Einbeziehung bereits bekannter Angst-Erklärungsmodelle den jetzigen Zustand zu interpretieren und Herrn K. zu beruhigen. Dadurch hat er die Möglichkeit, dieses unangenehme Erlebnis in den Rahmen der bisher für ihn so erfolgreichen Behandlung zu stellen.

Beginn der Selbstkontrollphase

Ein wesentlicher Aspekt der Reizüberflutung ist die Selbstständigkeit des Klienten bei der Bewältigung seiner Ängste. Durch die offene Konfrontation mit den angstbesetzten Reizen und die Überwindung der aversiven Emotionen, die für die meisten Klienten ein überwältigendes Ereignis ist, werden gleichzeitig Fertigkeiten vermittelt, die selbständig auf andere, neue Situationen angewendet werden können. Wesentlicher Schritt auf dem Weg zur vollen Eigenständigkeit ist die Selbstkontrollphase, in der der Klient über eine bestimmte Zeit täglich ein Übungsprogramm durchläuft.

Gemeinsam mit mir entwirft Herr K. ein Programm für die kommende Woche. Herr K. soll ein genaues Protokoll über die Ereignisse anlegen. Die Selbstkontroll-Übungen sind jenen der Intensivphase ziemlich ähnlich, und so soll darauf inhaltlich nicht mehr näher eingegangen werden.

7. Sitzung: Da in der vergangenen Woche die Selbstkontrollübungen vorgesehen waren, lenke ich zuerst das Gespräch darauf. Herr K. erzählt, daß es in den einzelnen Situationen recht gut geklappt habe, daß er aber hoffe, in Zukunft auch seine Scheu vor fremden Menschen ablegen zu können. Der Klient empfindet die Angst dann als geringer, wenn er möglichst kontinuierlich Übungssituationen aufsucht, da bei zu großen Pausen manchmal noch Erwartungsängste auftreten. Er ist mit sich aber sehr zufrieden. Er erzählt, daß es für ihn vor der Intensivphase unvorstellbar war, wie sich Ängste nach voller Entfaltung noch in der Angstsituation abbauen können. Anschließend wird der Plan für die nächste Woche diskutiert, den er selbst erstellt hat.

Noch einmal wird das Erlebnis nach dem dritten Tag des Intensivtrainings angesprochen. Dabei stellt sich heraus, daß Herr K. sich von den Gesprächen mit dem Co-Therapeuten, der ihn an diesem Tag begleitet hat, überfordert und ausgefragt gefühlt hat. Offensichtlich ist dabei wieder Leistungsangst aufgetreten: Er hatte das Gefühl, „besser“, kompetenter antworten zu müssen, als es ihm möglich war. Er fühlte sich unter starkem Druck, da der Co-Therapeut nicht nachgelassen habe, ihn nach noch genaueren Schilderungen der einzelnen Situationen zu befragen.

Zweites Resümee

Nach Abschluß der Intensivphase der Reizüberflutung läßt sich folgendes Resümee ziehen: Grundsätzlich haben sich meine Hypothesen, die ich nach den ersten vier Sitzungen aufgestellt hatte, überwiegend bestätigt und weiter differenziert: Vom therapeutischen Gesichtspunkt ist eine Trennung der unterschiedlichen Ängste von Herrn K. in „Leistungsängste“ und „situationale Ängste“ bisher richtig gewesen.

Eine Differenzierung hat insofern stattgefunden, als mir im Laufe der letzten Begegnungen mit dem Klienten die Zusammenhänge der beiden Angstbereiche deutlicher geworden sind: Meine ursprüngliche Bezeichnung „Leistungsangst“ hat sich als insofern etwas verwirrend herausgestellt, als daß die Angst, eine bestimmte Leistung zu erbringen, in beiden Angstbereichen zu finden ist. Zudem ist in beiden Aspekten eine soziale Komponente enthalten.

Herr K. antizipiert Erwartungen anderer Menschen, die auf seine Handlungen gerichtet sind. Leistung in diesem Sinne beinhaltet nicht ausschließlich besondere Fähigkeiten, die der Klient nicht aufweist, sondern umfaßt mittlerweile fast alle Verrichtungen des Alltags. Sie reichen von „intelligenten“ Diskussionsbeiträgen bis zum Betreten eines Speiselokales. In beiden situationsbedingten Ängsten ist

diese Befürchtung tatsächlich gegenstandslos, da er alle Voraussetzungen hat, die Situationen zu bewältigen. Daher war auch bei einer Reizüberflutung zu erwarten, daß er die positiven Erfahrungen des „Geschafft-Habens“ machen wird. Dies hat sich auch für uns voll bestätigt. Bei den „Leistungsängsten“ jedoch liegen die Dinge insofern anders, als ihm vielleicht tatsächlich Kompetenzen fehlen, die man von ihm erwarten könnte. Dieser Mangel ist möglicherweise angstbedingt. Aus diesem Grund wäre eine direkte Konfrontation nicht angstreduzierend,

Im nun folgenden Teil der Therapie sollte daher versucht werden, mit diesen „Leistungsängsten“ umzugehen, die aufgrund angstbedingter Kompetenzenmängel einen realen Kern haben könnten.

8. Sitzung: Nach der relativ erfolgreichen Behandlung der situationsbedingten Ängste durch Reizüberflutung beginnt nun die Arbeit an den Leistungsängsten. Da meine Hypothesen als Grundlage dieser Ängste sowohl erhöhte und irrationale Befürchtungen vor den Erwartungen anderer als auch tatsächliche Kompetenzmängel vorsehen, müssen beide Bereiche berücksichtigt werden. Dies soll einerseits dadurch geschehen, daß die irrationalen Befürchtungen vor den Erwartungen der Mitmenschen auf kognitiver Ebene „korrigiert“ werden. Ebenso soll Herr K. lernen zu akzeptieren, daß gewisse Kompetenzlücken bei ihm vorhanden sind, und daß diese infolge der permanenten Vermeidung – z. B. im Bereich Studium – entstanden sind. Andererseits soll durch eine gezielte Lebens- und Arbeitsplanung, die er selbständig entwickeln soll, darauf hingearbeitet werden, daß er diese Mängel beheben kann (z. B. Planung des weiteren Studienverlaufes).

In der heutigen Sitzung beginnt nach einem Gespräch über das Selbstkontroll-Programm der letzten Woche die Arbeit mit den Kognitionen. Zur Illustration wird ein Original-Ausschnitt aus dem Therapiesgespräch vorgestellt:

Ich versuche, Herrn K. in der Vorstellung in die Situation in der Universitäts-Bibliothek zu versetzen, wo er den Auftrag erhalten hatte, einen Zeitschriftenartikel zu ermitteln und zu kopieren:

Therapeut: Versuchen wir jetzt einmal genau zu identifizieren, welche Gedanken da ablaufen, ja? Was es inhaltlich bedeutet, wenn Ihnen das „unangenehm“ ist, wie Sie sagen. Bleiben wir in der Situation, Sie stehen vor der Kartei und suchen nach den Namen und finden sie nicht. Was denken Sie jetzt?

Klient: Ich kann mich nur an das Gefühl erinnern ... daß ich eigentlich irgendwo in Panik geraten bin; ich fühle mich plötzlich gehetzt.

Therapeut: Ja, ja. Was sagen denn Ihre Gefühle noch?

Klient: Eigentlich setzt dann zum erstenmal der Gedanke ein, die gestellte Aufgabe nicht erfüllen zu können.

Therapeut: Was bedeutet das für Sie?

Klient: Eigentlich irgendwas, was ich mir selber nicht eingestehen möchte.

Therapeut: Ich denke, ich bin unfähig?

Klient: Eigentlich schon, ja. Daß ich unfähig bin, die Situation zu meistern. Das ist aber auch, was ich einfach nicht akzeptiere ... (um die Aufgabe) doch noch zu schaffen, dazu müßte ich dann irgendwelche Leute fragen.

Therapeut: ... die Lösung des Problems ist, daß sie jemanden fragen, um weiterzumachen. Wie erleben Sie das gefühlsmäßig?

Klient: Das ist in meiner Vorstellung eigentlich wieder schlimmer, als es (in der Übungssituation) wirklich war. Ich habe eigentlich angenommen, daß diese Person dann so reagiert wie: „Was wollen Sie hier eigentlich? Warum wollen Sie hier eigentlich ein Buch haben, wenn Sie nicht einmal wissen, wie man so ein Buch findet?“

Therapeut: Aha, ... Sie erwarten, die (Person) fragt jetzt, was wollen Sie überhaupt mit diesem Buch ... ? Was ist da so die Botschaft für Sie?

Klient: Das würde für mich heißen, daß ich ... nicht akzeptiert werde, wenn ich nicht in der Lage bin, das zu machen.

Therapeut: Können Sie jetzt vielleicht selbst ein bißchen gegen sich argumentieren? Gegen diese spontanen Gedanken, die Ihnen ... da kommen. Wie angebracht erscheinen sie jetzt, ein bißchen von außen betrachtet?

Klient: Sie erscheinen mir völlig unsinnig, eigentlich. Wenn man nicht weiß, wie man an ein Buch herankommt, ist das noch lange kein Grund, daß man kein Recht hat, es zu nehmen.

Therapeut: Ja, gut.

Klient: Ich denke mir eigentlich, daß das genauso eine Technik ist, die man erlernen kann, wie man ein Buch lernen muß zu lesen; wenn man diese Technik nicht weiß, dann muß man sich diese Technik auf irgendeine Art und Weise aneignen. Und ich glaube auch, daß das nicht viel mit Intellekt zu tun hat.

Auf diese Art und Weise versuche ich, an wichtige Einstellungen des Klienten heranzukommen und ihm zu helfen, sie durch angemessenere zu ersetzen [...].

Zweifelsohne bereitet diese Phase sowohl dem Klienten als auch mir einige Schwierigkeiten. Für ihn ist es schwierig, sich imaginativ in bestimmte Situationen zu versetzen und dabei Details seiner Befürchtungen wiederzugeben.

9.–11. Sitzung: Es herrscht ein ziemlich starkes Gefühl der Erschlaffung und der mangelnden Motivation, das bereits in der vorigen Sitzung bei den Versuchen zur Kognitionsveränderung bemerkbar war. Nach meinem Empfinden war die Reizüberflutung ein so massives Ereignis sowohl für den Klienten als auch für den Therapeuten, daß indirekte Interventionsversuche auf kognitiver Ebene filigran und wirkungslos anmuten.

Während der letzten drei Sitzungen wird weiter an der kognitiven Bewältigung der Leistungsängste sowie am konkreten Entwurf eines realistischen Lebensplanes gearbeitet. Diese Planung erachte ich als notwendigen Zusatz zur kognitiven Therapie, um die Leistungsängste auf Dauer sinnvoll zu bewältigen.

Im beiderseitigen Einvernehmen werden die regelmäßigen Therapiesitzungen nach der 11. Sitzung eingestellt.

Nachgespräche 10 Monate nach der Therapie

Zehn Monate nach der letzten Therapiesitzung rufe ich Herrn K. an und bitte ihn um ein Gespräch. Er willigt ein. Dabei stellt sich heraus, daß Herr K. seit der Beendigung der Therapie sein Studium wieder voll aufgenommen hat. Zusätzlich zum für ihn zufriedenstellend verlaufenden Studium hat er seit 10 Monaten den gleichen Arbeitsplatz. In seiner Freizeit arbeitet er als Freiwilliger in der Drogenberatungsstelle, wo er auch an Ausbildungskursen teilzunehmen hat. Er kommt auch weiterhin ohne Medikamente aus. Von seinen Ängsten berichtet er, daß sie auch jetzt noch auftreten, er aber seit der Therapie gelernt habe, mit ihnen umzugehen.

Abschließend bitte ich Herrn K., noch einmal einen Angst-Fragebogen auszufüllen, sowie über einen Zeitraum von einer Woche Medikamentenkonsum und Angstsituationen zu protokollieren [...].

Bewertung des Therapieerfolges anhand objektiver Daten

Die Bewertung des Therapieerfolges durch die Erhebung objektiver Daten mittels Fremd- und Selbstbeobachtung gilt als ein wichtiges Kriterium der psychologischen Therapie (vor allem der Verhaltenstherapie). In letzter Zeit gibt es immer wieder Stimmen, die sich kritisch zu dieser Frage äußern [...]. Dabei geht es oft um den Versuch, den Begriff „Therapieerfolg“ als ein fragwürdiges Konzept zu entlarven.

Für mich ist „Therapieerfolg“ kein absoluter Wert, der eindeutig ist und von jedem gleich definiert werden müßte, sondern der Grad der Übereinstimmung eines geplanten Therapiezieles mit dem tatsächlich erreichten Resultat. So ist der Begriff operationalisiert und sinnvoll. Diese Übereinstimmung läßt sich dadurch überprüfen, daß man möglichst objektive Daten über die Veränderungsprozesse erhebt und vergleicht. [...] Sie belegen [in diesem Fall], in Übereinstimmung mit dem Nachgespräch, eine eindeutige Verbesserung des Zustandes von Herrn K. im Sinne der Angstintensitäten und Angst-Auftretthäufigkeiten und der Medikamentenabhängigkeit.

Beispiel 10.4: Multimodale Therapie bei Redeangst

Das Fallbeispiel eines jungen Mannes mit Redeangst verdeutlicht:

- wie die Grundlage der Redeangst durch Vorstellungsübungen, Differenzierungen und radikale Umdeutungen im sokratischen Dialog erfahrbar gemacht wird,
- wie der Therapeut unterschiedliche Problembereiche im Sinne der BASIC ID einbezieht;
- Ähnlichkeiten zu Ellis' Rational-emotiver Therapie.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 10.7 Multimodale Therapie (BASIC ID)

Quelle

Lazarus, A. (1979). Auf dem Weg zu einer ego-losen Existenz.

In A. Ellis und R. Grieger (Hrsg.), Praxis der rational-emotiven Therapie (S. 79–85).

München: Urban und Schwarzenberg (S. 80–85).

Ein Fall von Angst vor öffentlichem Reden

Ein junger Mann, dessen berufliche Stellung es erforderlich machte, daß er sehr häufig vor anderen reden mußte, litt immer dann unter akuten Angstanfällen, wenn er sich an mehr als fünf oder sechs Zuhörer wandte. Er hatte sich seit drei Jahren gezwungen, solche Situationen, in denen er vor anderen sprechen mußte, nicht zu meiden, aber seine Angst war mit der Zeit nur noch stärker geworden. Ein Verhaltenstherapeut hatte versucht, ihn systematisch zu desensibilisieren, aber der Klient war für ein Entspannungstraining nicht geeignet. Er selbst meinte dazu: „Ich fühlte mich dabei nur noch mehr angespannt, gelangweilt und ruhelos!“ Er war nicht in der Lage, sich Vorstellungen so lebhaft zu vergegenwärtigen, daß sie Angst hervorriefen.

Zu dem Zeitpunkt, als er zu mir in Behandlung kam, glaubte er, daß sein Job auf dem Spiel stand und das machte seine spezifischen Furchtreaktionen nur noch stärker. Im folgenden ist das Gespräch wiedergegeben, das im Anschluß daran stattfand:

Therapeut: Was würde geschehen, wenn Ihr Arbeitgeber Sie zu sich rufen ließe und Ihnen sagen würde, Sie sollten anfangen, sich nach einem neuen Job umzusehen?

Klient: Ich weiß, worauf Sie hinauswollen. Es würde nicht das Ende der Welt bedeuten, und es wäre weder entsetzlich noch schrecklich. Aber es wäre schon verdammt ärgerlich, mehr als nur unangenehm. Zunächst einmal bekomme ich ein Gehalt, das ich heute, bei dieser wirtschaftlichen Unsicherheit, nicht so schnell wiederkriegen würde, und außerdem habe ich Aufstiegs- und Beförderungsmöglichkeiten, die weit über solche hinausgehen, die ich wahrscheinlich sonst wo hätte. Ich habe Ellis gelesen und fordere nicht, noch bestehe ich darauf, daß ich diesen Job halten muß oder sollte, aber es ist schon ein bißchen mehr als nur den Lebensstil vorziehen, den ich gewohnt bin. Ich möchte sehr viel, und das kommt mir vollkommen vernünftig vor. Aber schon lange bevor der Job auf dem Spiel stand wurde ich immer aufgeregt, wenn ich vor anderen sprechen mußte. Jetzt kommt einfach nur noch eine andere wirkliche Gefahr dazu.

Therapeut: Obwohl Sie das Gegenteil sagen, meine ich, sie bestehen darauf und fordern es, daß Sie Ihren Lebensstandard nicht kompromittieren *sollten*.

Klient: Gut, dann lassen Sie mich zurückfragen: angenommen, es wird Ihnen verboten, psychotherapeutisch zu arbeiten und Psychologie zu lehren. Ich meine, wie würden Sie sich dann fühlen?

Therapeut: Meinen Sie damit, der Verlust Ihres Jobs wäre dasselbe als wenn ich aus dem Bereich Psychologie und Psychotherapie ausgeschlossen würde?

Klient: Nein, es ist mir schon klar, daß Sie viel mehr Zeit und Mühe und dergleichen für Ihre Karriere aufgewendet haben, aber der Punkt, auf den ich hinauswill, ist der, daß es für Sie mehr als nur „unangenehm“ wäre, wenn Sie neue Wege finden müßten, um sich den Lebensunterhalt zu verdienen.

- Therapeut: Sicher, es wäre äußerst unangenehm und sehr störend, aber es wäre kaum eine Katastrophe.
- Klient: Das glauben Sie doch selber nicht.
- Therapeut: Hier haben wir den entscheidenden Punkt. Hören Sie mir zu? Ich möchte, daß Sie mich sehr klar verstehen. *Ich bin kein Psychotherapeut. Ich bin jemand, der psychotherapeutisch arbeitet.* Angenommen, ich werde aus der Psychologie hinausgeschmissen und sehe mich nach einer neuen beruflichen Karriere und einer neuen Erwerbsquelle um: Ich würde studieren, einige Prüfungen machen und dann Englisch auf einer höheren Schule unterrichten.
- Klient: Und dann haben Sie weniger Einkommen, einen niedrigeren Status und ein geringeres Prestige. Sie würden wahrscheinlich ihr Haus verkaufen und in eine weniger teure Umgebung ziehen ...
- Therapeut: Aber ich kann mir gut vorstellen, daß ich immer noch ziemlich glücklich und ausgefüllt wäre, auch wenn ich mir einen anderen modus vivendi zu eigen gemacht habe. Ich wäre immer noch dieselbe Person, derselbe Ehemann, Vater, Freund, Bruder ...
- Klient: Sie könnten einige sogenannte Freunde verlieren.
- Therapeut: Und könnte dafür andere gewinnen.
- Klient: Aber ich frage mich, wieviele Leute uns wirklich nur um unserer selbst willen gern haben.
- Therapeut: Gibt es denn so etwas wie ein „Selbst“? Was bedeutet das: um seiner selbst willen gemocht werden? Ich meine schon, daß es bestimmte Kontinuitäten im Verhalten gibt, die es uns ermöglichen, Vorhersagen über unsere und anderer Leute Reaktionen in verschiedenen Situationen zu machen, aber wir sprechen immer noch über das *Verhalten*. Wenn Leute mich „um meiner selbst willen“ mögen, dann heißt das, sie schätzen und respektieren mich so, wie ich mich zu verschiedenen Zeitpunkten und in verschiedenen Situationen verhalte.
- Klient: Das ist genau das, worauf ich hinaus möchte! Egal, in welcher Situation Sie sich befinden, die anderen reagieren auf Sie immer als Dr. Lazarus! Aber wenn Sie sich damit den Lebensunterhalt erkämpfen müßten, daß Sie versuchen, Kindern beizubringen, wie sie Sätze punktieren sollen, dann werden eine Menge Leute der Meinung sein, daß Sie es nicht mehr wert sind, zum Abendessen eingeladen zu werden – wenn Sie wissen, was ich meine.
- Therapeut: Was Sie offenbar sagen möchten ist, daß Sie sich – in Ihrer eigenen Lebenssituation – nicht so recht vorstellen könnten, sich an einen völlig neuen Lebensstil anzupassen.
- Klient: Augenblick. Beantworten Sie bitte zunächst meine Frage. Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie von vielen Leuten fallen gelassen würden, die gegenwärtig zu Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis gehören?
- Therapeut: Meine *Freunde* bekommen sehr viel mehr von mir als nur meine berufliche Erfahrung. Einige meiner Bekannten könnten mich fallenlassen, aber an ihre Stelle würden andere lockere Bindungen treten. Das trifft aber nicht in jedem Fall zu. Die Leute, mit denen ich Tennis spiele, interessieren sich nicht für meinen Beruf. Die Leute, mit denen ich Karten spiele, Musik genieße, Kegeln gehe oder Boot fahre, würden mich nicht abweisen. Meine Frau und meine Kinder würden mich nicht im Stich lassen ...
- Klient: Wie können Sie da so sicher sein? Ihre Frau würde es vielleicht schlucken, aber zweifellos würde sie ihren tiefsitzenden Unmut auf andere Art und Weise zeigen.
- Therapeut: Ich muß also aktiv Psychotherapie praktizieren, um die Liebe meiner Frau aufrechtzuerhalten; die Zuneigung meiner Kinder, den Respekt meiner Freunde. Nach dem, was Sie sagen, steht und fällt meine Existenz mit meinem Beruf. Kein Wunder, daß Sie so ängstlich werden, wenn Sie vor anderen sprechen. Ihre ganze Existenz ist in Gefahr. Wenn Sie nicht gut reden, wird alles möglicherweise bedroht. Es ist nicht nur Ihr Job, der auf dem Spiel steht, sondern wenn sie vor Zuhörern stehen, stehen Sie auf dem Spiel, als Arbeitnehmer, Ehegatte, Freund, als ganze Person. Wenn jemand mich warnen würde, daß ich bei der nächsten Gelegenheit, bei der ich öffentlich rede, alles verlieren würde – Beruf, Heim, Freunde, Familie, Selbstrespekt –, wenn ich nicht Hervorragendes leisten würde, dann wäre ich auch ängstlich.
- Klient: (lange Pause) Meinen Sie, daß es daran liegt?
- Therapeut: Ich bin mir ziemlich sicher, daß das einen großen Teil Ihres Problems ausmacht.

- Klient: Sie könnten recht haben. Wo kann ich dann anfangen?
- Therapeut: Nun, wie wäre es, wenn Sie sich eine *Vorstellung* zurechtlegten, in der Sie sich selber sehen, wie Sie Ihren Job verlieren und bei einer weniger lukrativen und weniger angesehenen Arbeit landen, aber dennoch die volle Zuneigung und den Respekt Ihrer Frau, Ihrer Familie und Ihrer Freunde behalten? Meinen Sie, Sie könnten sich diese Szenerie wirklich ausmalen? Würden Sie sich dieses Bild mindestens zweimal am Tag vor Augen führen?
- Klient: Ja, ich werde daran arbeiten, wenn Sie meinen, daß es hilft.
- Therapeut: Haben Sie genau verstanden, was meine Absicht ist?
- Klient: Ja. Ich werde mir bildlich vorstellen, wie ich unter weniger einträglichen Bedingungen lebe, ohne aber meine Frau und meine Freunde verloren zu haben.
- Therapeut: Können Sie sich so etwas in dieser Art schon jetzt vergegenwärtigen?
- Klient: (schließt seine Augen) Ich brauche etwas Zeit, um mir es lebendig vor Augen zu führen. Ja, ich werde es üben. Aber ich habe ein unmittelbares Problem. Für morgen ist ein Vorstellungsgespräch im Rahmen meiner Arbeit geplant und wie ich aus Erfahrung weiß, werde ich Entsetzliches durchmachen.
- Therapeut: Ich möchte, daß Sie sich morgen während Ihres Vorstellungsgesprächs in einer Weise konzentrieren, wie Sie es bisher noch nie getan haben. Statt zu versuchen, Ihre Angstgefühle auf ein Minimum zu reduzieren und von ihnen wegzukommen, sollten Sie sie mit äußerster Aufmerksamkeit studieren. Prüfen Sie genau, wie jeder Teil Ihres Körpers reagiert, während Sie ängstlich sind. Ich möchte, daß Sie sich mit allen Ihren *Empfindungen* befassen, wie sich jeder Teil Ihres Körpers – vom Kopf bis in die Fußspitzen – verhält. Nachher schreiben Sie alles, woran Sie sich erinnern können, bis in die letzten Einzelheiten auf. Stellen Sie fest, ob es verschiedene Empfindungen in jedem Ihrer Finger gibt, ob Ihre Zehen in irgendeiner Weise betroffen sind, Ihre Fußknöchel, Waden, Knie, Oberschenkel, Hüften, Ihr Rücken, Ihr Magen, Ihr Brustkorb, Ihre Arme, Ihre Schultern, Ihr Genick, Ihre Kehle, Ihre Lippen, Ihre Zunge, Ihre Augen, Ihre Nase, Ihre Stirn, Ihre Kopfhaut. Prüfen Sie Ihren Geruch, Ihren Geschmack, Ihr Sehen und Hören. Zittern Sie? Wenn ja, wo und wie? Wird es Ihnen heiß und kalt, keines oder nur eins von beiden? Mit anderen Worten, studieren Sie jede minutiöse Empfindung mit letztmöglicher Genauigkeit.
- Klient: Aber wozu soll das gut sein? Kriege ich dadurch nicht noch mehr Angst?
- Therapeut: Die meisten Leute stellen fest, daß die negativen Gefühle nicht nur schwächer werden, sondern oft ganz verschwinden, wenn sie sich auf alle Empfindungen konzentrieren, von denen sie begleitet werden. Sind Sie bereit, es auszuprobieren?
- Klient: Aber was ist, wenn ich mich dadurch noch ängstlicher fühle?
- Therapeut: „Was ist wenn“. So denkt man immer, wenn man Angst hat. Versuchen Sie, ein „Und“ davorzusetzen: „Und was ist, wenn ich mich dadurch noch ängstlicher fühle? Dann weiß ich, daß ich es in Zukunft nicht mehr machen werde“. Aber meine Hypothese ist die, daß die Konzentration auf die Empfindungen die unangenehmen Gefühle abschwächen wird – wenn Sie sich wirklich intensiv mit ihnen befassen.
- Klient: Es wäre mir sehr unangenehm, wenn ich einen Narren aus mir machen würde.
- Therapeut: Sie legen schon wieder Ihre ganze Existenz hinein. Ich zeige Ihnen eine einfache Technik, die Ihnen helfen könnte. Sagen Sie sich morgen nicht: „Ich halte eine Rede“, setzen Sie Ihr „Selbst“ nicht mit einem einzigen „Ich“ gleich, sondern denken Sie es sich als einen ganzen Komplex von „Ichs“, als „Ich₁, Ich₂, Ich₃, Ich₄ ...“. Jedes „Ich_n“ entspricht einem kleinen Teil Ihres Wesens. Sagen Sie sich also morgen nicht: „Ich halte eine Rede“, sondern bedenken Sie, daß nicht *Sie* es sind, der auf dem Spiel steht. Es ist nicht Ihr ganzes Ich. Denken Sie statt dessen: „Ich₁ hält eine Rede“.
- Klient: Wenn es also nicht berühmt war, dann sage ich mir nicht: „Ich habe eine schlechte Rede gehalten“, sondern: „Ich₁ hat eine schlechte Rede gehalten“, nicht *Ich*, sondern ein kleiner Teil von mir.
- Therapeut: Richtig! Und wenn Sie es noch besser machen wollen, dann versuchen Sie, das Wörtchen „Ich“ vollkommen aus Ihrem Wortschatz zu streichen. Sie können sich dann sagen: „Eine schlechte Rede ist gehalten worden“, oder: „Die Rede war nicht sehr gut“. Sehen Sie nur die Aufgabe, bringen Sie Ihr „Selbst“ damit überhaupt nicht in Verbindung. Das Lebensziel besteht darin, so viele positiv verstärkende „Ichs“ wie möglich zu haben.

Diskussion

Der hier wiedergegebene Dialog macht deutlich, wie globale Selbsteinschätzungen, d. h. sein ganzes Ich nur wegen eines bestimmten Verhaltens aufs Spiel zu setzen, dazu führen, daß die Leute leiden und bei unzähligen Anstrengungen versagen. Der sensible und aufnahmebereite Therapeut, der weiß, daß diese Gewohnheit die Ursache für die meisten Probleme ist, sucht nach den entsprechenden Schlüsselreizen und verfolgt sie weiter. Als dem Klienten einmal bewußt geworden war, daß er *alles* davon abhängig machte, wie gut er vor anderen reden würde – seinen Job, die Achtung seiner Bekannten, seine eigene Selbstachtung –, war die Möglichkeit gegeben weiterzukommen.

Dieses Gespräch, zusammen mit den verschiedenen Anregungen, „Hausaufgaben“ und therapeutischen Verordnungen, führte dazu, daß der Klient seine Angst verringern konnte. Um sie vollkommen zu beseitigen, bedurfte es noch zweier zusätzlicher Sitzungen mit in-vivo-Rollenspielen. Die Zuhörerschaft setzte sich aus einer Gruppe von Studenten und Sekretärinnen zusammen. Sie waren instruiert worden, während der Rede des Klienten beleidigende Worte auszustoßen und ihn zu beschimpfen; der Klient selbst sollte seine Rede unbeirrt fortsetzen. Diese Streßreize wurden mindestens fünf Minuten lang gesetzt und bewirkten beim Klienten beträchtliche Angst, obwohl es sich um eine künstliche Situation handelte. Als die Angstreaktionen ziemlich heftig waren, hielten die Zuhörer mit ihren Beleidigungen inne und hörten einfach aufmerksam zu, während der Klient weitersprach. Jener erhielt die Anweisung, sich an diesem Punkt auf seine Empfindungen zu konzentrieren, damit er dann der Gruppe einen genau definierten Teil seiner sensorischen Begleiterscheinungen beschreiben konnte. Auch wurde er instruiert, die „multiple Ich-Strategie“ anzuwenden.

Dieser Fall ist ein weiteres Beispiel für eine multimodale Therapie [...], in der jede Dimension der „Persönlichkeit“ – Verhalten, Gefühle, Empfindungen, Vorstellungen, Kognitionen und zwischenmenschliche Beziehungen – gezielt und bewußt in das Behandlungsprogramm miteinbezogen wurde. Es sei darauf hingewiesen, daß es nur dreier Sitzungen über einen Zeitraum von vier Wochen bedurfte, um eine schwere Angstreaktion zu überwinden, die seit einer Reihe von Jahren unverändert angehalten hatte.

Beispiel 11.1: A-B-C-Analyse bei Sexualproblem

Das Fallbeispiel einer Frau mit Angst vor sexuellem Versagen verdeutlicht:

- das Aufdecken der irrationalen Ideen und das Herausarbeiten des individuellen A-B-C-Schemas in einem „sokratischen Dialog“.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Abschnitte:

- 11.2 „A-B-C“ der Rational-emotiven Therapie
- 11.3 Praxis der Rational-emotiven Therapie

Quelle

Ellis, A. (1979b). Liebes- und Sexualprobleme bei Frauen.

In A. Ellis & R. Grieger (Hrsg.), Praxis der rational-emotiven Therapie (S. 125–129).

München: Urban und Schwarzenberg (S. 125–128).

Als Beispiel soll uns Sally G. dienen, die zu mir kam, weil sie nur gelegentlich einen Orgasmus erlebte, auch wenn ihre Partner ihre klitorale Region fünfzehn oder zwanzig Minuten lang reizten. In der letzten Zeit hatte sie jegliches Vergnügen an Sex verloren und es gab praktisch nichts, wodurch sie erregt werden konnte. „Der Mann, mit dem ich jetzt gehe,“ sagte sie, „ist großartig. Er würde alles tun, um mich zu befriedigen. Er mag mich wirklich gern und *möchte*, daß ich befriedigt werde. Deswegen – und wegen vieler anderer Dinge – liebe ich ihn auch. Aber es scheint mir nichts mehr zu helfen, und wenn das so weitergeht, dann werde ich sicherlich die beste Beziehung ruinieren, die ich jemals gehabt habe.“

„Und wie fühlen Sie sich bei dieser ganzen Geschichte?“ fragte ich sie.

„Fühlen! Wie wird sich jemand in meiner Lage schon fühlen! Deprimiert natürlich. Ich habe solche Depressionen wie noch nie zuvor in meinem Leben!“

Nachdem ich Sally nur wenige Minuten kannte, war ich schon der Ansicht, ich wüßte die entscheidende Antwort – und die Lösung ihres Problems. Das ist der Vorteil bei einer effektiven psychotherapeutischen Theorie wie der rational-emotiven Theorie. Wenn ich A und C kenne – und die meisten Klienten sind sich A und C voll bewußt und können mir in zehn bis fünfzehn Minuten Aufschluß darüber geben –, dann weiß ich fast immer, wie B und D heißen müssen. Auch was man mit ihnen und damit im Zusammenhang tun kann, um die emotionalen Schwierigkeiten des Klienten zu beseitigen.

Um aber nicht einen Fehler zu machen (denn auch die besten Psychotherapeuten sind kaum unfehlbar!), fragte ich sie: „Wenn Sie sich mit Ihrem Freund sexuell betätigen, was sagen Sie dann zu sich selber? Was denken Sie über sich selbst, Ihren Partner, über den Sexualakt an sich?“

„Das ist ganz einfach. Ich sage mir eine ganze Menge Dinge – alles schlechte Dinge. Ich sage mir zunächst, daß es zu lange dauert, bis ich sexuell erregt bin, dann daß ich wahrscheinlich nie zu einem Orgasmus kommen werde, daß es ihn mit der Zeit langweilen müßte, daß das unsere Beziehung ruinieren würde, daß irgendetwas mit mir wirklich nicht in Ordnung ist, und daß ich mich, wenn das so weitergeht, genausogut umbringen könnte!“

„Sexuell sehr anregend, was Sie da denken, muß ich schon sagen!“

„Sie haben recht, so anregend wie ein Küchenausguß. Aber ich *weiß*, was geschehen wird – oder was *nicht* geschehen wird. Bei Gott, ich *weiß* es, nach all den Erfahrungen, die ich hatte, und nach der schlimmen Erfahrung vor kurzem. Was erwarten Sie denn von mir, daß ich zu mir sagen soll – daß alles in schönster Ordnung ist und daß ich sechzehn Orgasmen haben werde, bevor er Ms. Robinson zu mir sagen kann?“

„Nein, ich erwarte gar nichts. Die Sache ist aber die: *Sie* tun es.“

„Ich?“

„Ja, Sie erwarten – oder fordern –, daß es nicht so lange dauern *sollte*, bis Sie sexuell erregt sind, daß Sie zu einem Orgasmus kommen *müssen*, daß es *nicht* langweilig werden *darf*, daß Sie eine gute Beziehung mit ihm aufrechterhalten *müssen*, daß alles mit Ihnen in Ordnung sein *müßte*, daß Sie ein zufriedenstellendes Sexualeben *benötigen*, um ein glücklicher Mensch zu sein.“

„Aber was ist denn an diesen Erwartungen so falsch? *Sollte* ich *nicht* sexuell leichter erregbar sein, Orgasmen haben, und eine gute Beziehung mit meinem Liebhaber aufrechterhalten? Warum *sollte* ich *nicht*?“

„Weil – wenn Sie einmal einen Augenblick darüber nachdenken (was allerdings wenige Menschen tun) – es ganz offensichtlich kein absolutistisches Sollen und Müssen auf dieser Welt gibt. Zumindest nicht, soweit es bisher überhaupt wissenschaftlich bewiesen werden konnte.“

„Unsinn! *Muß* ich denn nicht sexuell besser reagieren, um ihn oder irgendeinen anderen sexuell einigermaßen attraktiven Mann auf die Dauer zu befriedigen?“

„Nein, natürlich nicht. Es wäre aller Wahrscheinlichkeit nach *besser*, wenn Sie sexuell leichter erregbar wären und leichter zu einem Orgasmus kämen. Aber zehntausend von solchen ‚Es wäre besser‘ sind immer noch nicht so viel wie ein einziges ‚Ich sollte‘. Denn ‚Es wäre besser, wenn ich sexuell leichter erregbar wäre‘ heißt, die *Wahrscheinlichkeit* ist *größer*, daß Sie dann Ihrem Partner gefallen und eine befriedigendere Beziehung mit ihm haben werden. Aber einigen Liebhabern könnte beispielsweise die Tatsache, daß Sie sexy sind, *mißfallen*; und einige würden Sie in so einem Fall noch mehr lieben.“

„Das sind aber verdammt wenige!“ erwiderte Sally.

Wahrscheinlich haben Sie recht. Aber die Tatsache allein, daß die meisten Ihrer Liebhaber Sie die meiste Zeit mehr lieben würden, wenn Sie leichter erregbar wären und leichter zu einem Orgasmus kämen, heißt immer noch nicht: 1. Ich *muß* geliebt werden und ich bin ein von Grund auf wertloses Subjekt, wenn das nicht der Fall ist; und 2. Es gibt ein Gesetz, in dem geschrieben steht: ich *muß* sexy sein, um geliebt zu werden.“

„Versuchen Sie mir jetzt weiszumachen, daß ich statt ‚muß‘ denken muß: ‚Es wäre besser‘, wenn ich meine Unempfindlichkeit in sexueller Hinsicht überwinden soll?“

„Nein – Sie *müssen* nicht so denken, aber *es wäre besser, wenn Sie es täten!*“

Daraufhin fuhr ich fort, Sally zu beweisen, daß sie mindestens unter zwei ernsthaften emotionalen Problemen – oder unmäßigen Forderungen an sich – litt, die ihr sehr zu schaffen machten. Erstens forderte sie und gab sich den Befehl, daß sie sexuell leicht und bis zum letzten erregbar sein müsse. Dadurch, daß sie sich so bewußt während des Geschlechtsakts auf den Gedanken konzentrierte: „Ich muß mich in sexueller Hinsicht bewähren, entsetzlich, wenn ich versage“, lenkte sie ihre Aufmerksamkeit nicht auf die sexuell erregenden Reize (wie etwa auf den Körper ihres Partners oder auf seine Gefühle ihr gegenüber) und verurteilte sich von vornherein zum Versagen.

Wenn Sally sich sexuell betätigte (A), sich sagte, sie *müsse* sich unter allen Umständen bewähren (B) und dadurch bei sich Angst und Frigidität (C) hervorrief, dann nahm sie das wahr, was geschah (C) und formte es in ein anderes A und B um. Das neue A (aktivierende Ereignis) bestand darin, daß sie sich als panisch ängstlich und sexuell unempfindlich erlebte. Sie hatte dann die Überzeugung (B): „Entsetzlich, sexuell zu versagen! Was bin ich doch für ein von Grund auf unliebenswertes und um Liebe buhlendes Wesen, daß ich sexuell so unfähig bin!“ Die neue emotionale Konsequenz (C) war dann die, daß sie sich noch minderwertiger vorkam und noch stärkere Depressionen hatte.

Sally hatte mit anderen Worten in *zweifacher* Hinsicht Angst vor Versagen: erstens, fürchtete sie, sexuell zu versagen; dadurch wurde sie von sexuell anregenden Reizen abgelenkt und erwies sich als frigide. Zweitens hatte sie Angst, eben *wegen* dieses sexuellen Versagens ohne Wert zu sein. Dieselbe Angst mit den zwei Köpfen findet sich auch häufig bei nicht-sexuellen Störungen. Jemand hat extreme Angst, *daß* er oder sie in der Schule, im Beruf oder in Beziehung zu anderen versagen könnte; hat diese Angst dann tatsächlich ein Versagen herbeigeführt, dann entwickeln er oder sie außergewöhnlich starke Angst eben *wegen* dieser Angst und des tatsächlichen Versagens. Die Leute machen sich demnach klein, indem sie in einen Teufelskreis geraten: sie entwickeln panische Angst auf Grund der Tatsache, daß sie schon panisch ängstlich sind; sie sind deprimiert darüber, daß sie deprimiert sind; und sie meinen, sie wären ohne Wert, weil sie sich wertlos vorkommen.

Beispiel 11.2: Irrationale Idee des Perfektionismus

Das Fallbeispiel eines perfektionistischen Klienten verdeutlicht:

- wie der Therapeut die irrationale Idee des Klienten durch Disputieren infrage stellt.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Abschnitte:

- 11.2 „A-B-C“ der Rational-emotiven Therapie
- 11.3 Praxis der Rational-emotiven Therapie

Quelle

Ellis, A. (1979). Die wichtigsten Methoden der rational-emotiven Therapie.

In A. Ellis & R. Grieger (Hrsg.), Praxis der rational-emotiven Therapie (S. 158–160). München: Urban und Schwarzenberg (S. 158–160).

Zur genaueren Verdeutlichung des technischen Vorgehens soll ein Ausschnitt aus einer Sitzung mit rational-emotiver Therapie wiedergegeben werden. Der Klient, George, war, als er in Behandlung kam, voller Angst- und Schuldgefühle. Sein neurotisches Problem bestand im Grunde darin, daß er unrealistischer- und unsinnigerweise Perfektion von sich forderte. Wenn es ihm dann, was unvermeidlich war, nicht gelang, ständig perfekt zu handeln, dann verurteilte er sich so, daß er nichts Positives mehr an sich feststellen konnte. In dem nachfolgend wiedergegebenen Ausschnitt aus einem Sitzungsprotokoll fordert Russell Grieger, der Therapeut, den Klienten heraus, über die Gültigkeit seiner Annahmen nachzudenken, und bringt ihn dahin, daß er für sich selber denkt statt wie ein Papagei rationale Phrasen nachzuplappern.

- George: Es stimmt. Da ist irgendetwas in mir, was mir sagt, daß es nicht wahr sein sollte. Es stimmt. Die Leute *sollten* in der Lage sein, Perfektionismus zu erlangen. Wir sollten mehr sein als einfach nur menschlich.
- Therapeut: Warum sollte das stimmen? Warum sollte jemand mehr sein als ein Mensch? Fragen Sie sich: „Warum muß ich, George, mehr sein als ein Mensch?“
- George: Einfach, weil ich gern mehr als ein Mensch sein möchte.
- Therapeut: Sie haben die Bücher gelesen und kennen die Slogans. Aber denken Sie mal einen Augenblick nach. Okay: „Ich wäre gern so erfolgreich, daß Sie den Mund nicht mehr zu bekommen.“ Richtig? „Weil ich – und Sie auch – es gern möchten.“ Aber warum *müssen* und wie *können* Sie mehr sein als ein Mensch?
- George: Nun, der einzige Grund, warum ich muß, ist der, daß ich mir sage, daß ich muß.
- Therapeut: Das weiß ich. Lassen Sie uns das doch einmal durchdenken. *Warum* müssen Sie? Denken Sie doch einmal über Ihre Vorstellungen in dieser Hinsicht nach.
- George: Hm, es ist nicht so sehr, daß ich muß, sondern daß ich es gern hätte, wenn es so wäre. Eben weil es wirklich schön wäre, sehr kompetent zu sein.
- Therapeut: Okay, da bin ich ganz Ihrer Meinung. Aber der Grund dafür, daß Sie so viel leiden, ist der, daß Sie die Grenze zwischen: „Mann, wäre das toll“ zu „Deshalb muß ich sehr kompetent sein“ überschreiten. Wenn Sie einmal über diese Grenze hinaus sind, dann beginnt es, unangenehm zu werden. Aber warum *müssen* Sie – Sie als ein einzelner Mensch auf Gottes Erdboden –, warum *müssen* Sie immer, oder – um es etwas anders mit unseren Begriffen auszudrücken – warum *müssen* Sie bei der nächsten Gelegenheit voll und ganz über der Situation stehen? Nicht, „warum wäre es schöner wenn ...“, – schöner wär’s, das weiß ich auch, und darüber sind wir uns wohl beide einig –, aber warum *müssen* Sie?
- George: Rein logisch betrachtet gibt es keinen Grund dafür.
- Therapeut: Was wäre die logische Überlegung?
- George: Nun, wenn ich es logisch durchdenke, gibt es da eine ganze Reihe von Dingen. Zunächst einmal: ich als ganze Person unterscheide mich von dem was ich mache, so daß ich also, nur weil ich bei der nächsten Gelegenheit gut bin oder Mist baue, deswegen noch nicht als ganzer Mensch gut oder wertlos bin.

Therapeut: Richtig, das sind Sie nicht. Aber warum sind Sie es nicht?

George: Warum nicht?

Therapeut: Ja, ich meine, warum entscheidet Ihr Erfolg oder Mißerfolg bei der nächsten Besprechung nicht darüber, ob Sie ein guter oder schlechter Mensch sind?

George: Logisch gesehen ist das nicht möglich. Das würde dann voraussetzen, daß man perfekt sein kann. Bin ich bei der nächsten Gelegenheit gut, dann könnte ich erst dann sagen: „Ich bin ein erfolgreicher *Mensch*“, wenn ich bei *allen* nächsten Gelegenheiten gut wäre. Man muß schon perfekt sein, um sagen zu können: „Wenn ich bei der nächsten Gelegenheit gut bin, bin ich ein perfekter Mensch.“ Man müßte dann bei der nächsten Gelegenheit perfekt sein, dann bei der nächsten ... dann wiederum bei der nächsten usw.

Therapeut: Und, ist das möglich?

George: Nein, das ist nicht möglich.

Therapeut: Stimmt. Und was heißt das?

George: Ja, das heißt, daß man nicht so perfekt handeln kann, wie man es gern möchte. Ich würde auch nicht bei jeder Gelegenheit perfekt handeln wollen. Man kann eine Situation meistern, man kann auf einem Gebiet oder auch nur auf einem Teil seines Gebiets ein so großer Meister sein, wie man will, aber die Chancen dafür, bei jeder Gelegenheit perfekt zu handeln, sind ... das ist einfach nicht möglich. Es gibt zuviele Dinge, die sich damit nicht vereinbaren lassen.

Therapeut: Es gibt zuviel, was sich damit nicht vereinbaren läßt, einschließlich die Tatsache, daß Sie ein Mensch sind.

George: Ja, stimmt.

Therapeut: Wenn Sie mehr als ein Mensch wären, dann wären Sie ein göttliches Wesen. Sie wären dann entweder tot oder ein göttliches Wesen. Stimmt's?

George: Stimmt.

Therapeut: Jeder ist ein Mensch, außer denen, die tot oder göttliche Wesen sind. Ich kenne keine göttlichen Wesen, ich habe mich noch nie mit einem göttlichen Wesen unterhalten. Noch nie! Haben Sie schon jemals einen anderen Menschen auf dieser Welt getroffen, haben Sie sich schon jemals mit einem anderen Menschen unterhalten, von dem Sie ehrlich sagen könnten, er hätte noch nie einen Fehler gemacht? Ich spreche jetzt von einem lebenden menschlichen Wesen.

George: Nein (lacht).

Therapeut: Wirklich nicht?

George: (lebhaft) NEIN! Manchmal hatte ich zwar das Gefühl, aber nur solange, bis ich den betreffenden lange genug kannte.

Therapeut: Richtig. Sie waren fähig, die Tatsache zu verbergen, daß sie Menschen waren.

George: Richtig.

Therapeut: Und wahrscheinlich war es so: je länger Sie gebraucht haben, um zu erkennen, daß es auch Menschen sind, desto mehr war es ein Zeichen dafür, daß ihnen der Gedanke, naja, einfach ein Mensch zu sein, einen gewaltigen Schrecken einjagte. Deswegen durften sie sich nicht als Menschen zu erkennen geben. Wahrscheinlich ist es so: je länger es dauert, bis man an jemandem einen Fehler feststellen kann, desto mehr hat der Betreffende seine Fehler versteckt und desto mehr Angst hat er, daß man seine Fehler entdeckt.

George: Ich glaube, über das, was Sie eben gesagt haben, werde ich noch einmal nachdenken müssen.

Therapeut: Nun gut, wie es auch sein mag, aber um auf das Entscheidende zurückzukommen: Sie haben noch nie einen anderen Menschen getroffen, der vollkommen perfekt ist. Mit anderen Worten, der nicht wie ein Mensch ist. Warum sollten ausgerechnet Sie anders sein als alle anderen? Um es kraß auszudrücken: was ist denn so Besonderes an Ihnen? Ich meine, ich weiß, daß Sie in der Hinsicht einzigartig sind, daß es auf der ganzen Welt keinen Menschen gibt, der Ihnen gleicht, aber einzigartig sein und etwas Besonderes sein sind zwei verschiedene Dinge.

George: Nein, ich bin nichts Besonderes.

Therapeut: Stimmt. Sie sind es nicht.

Beispiel 14.1: Verlauf einer Gesprächspsychotherapie

Das Fallbeispiel einer 27-jährigen Klientin u. a. mit Zwangssymptomatik verdeutlicht:

- wie die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie die Selbstaktualisierungstendenz fördert,
- wie die notwendigen Introspektionsprozesse des Therapeuten mit einbezogen werden.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 14.5 Der therapeutische Prozess

Quelle

Demichiel, E. (1994). Falldarstellung. *Psychotherapie Forum*, 4, S. 52–63.
Mit freundlicher Genehmigung.

Die Klientin, der Therapeut, der Kontext

Ich habe bisher noch nie in dieser Deutlichkeit die von Rogers postulierte organismische Tendenz zur Selbstaktualisierung wahrgenommen, wie gerade bei dieser Klientin. Vielleicht auch deshalb, weil es diese Klientin deutlicher als andere bisher formulieren konnte, daß es für sie ein „vor der Therapie“ und ein „seit Beginn der Therapie“ gibt und daß der entscheidende Unterschied das Gefühl ist, „das erste Mal im Leben verstanden und akzeptiert zu werden“.

Ich spüre ein Gefühl der Dankbarkeit ihr gegenüber. Ich habe durch sie gelernt, dem Klienten und seinen Selbstheilungskräften mehr zu vertrauen und das Kontinuum zu spüren zwischen den beiden Polaritäten der „Superbia therapeutica“ [...] und dem blinden und totalen Vertrauen in die Selbstaktualisierungskräfte des Klienten. Auf diesem Kontinuum muß ich meinen Platz noch finden und diese Klientin war mir eine große Lehrerin dabei.

Erstkontakt

Es rief mich ein Bekannter an und sagte, er habe eine Arbeitskollegin, der es zur Zeit sehr schlecht gehe, die seiner Ansicht nach psychotherapeutischer Hilfe bedürfe und die auch selber an einer solchen Hilfe interessiert sei. Ich sagte ihm, er könne seiner Kollegin sagen, daß ein erstes Gespräch sicher möglich sei und daß sie – wenn sie daran interessiert sei – sich mit mir telefonisch in Verbindung setzen solle. Einige Tage später rief die Frau an und bat um einen Termin. Ich empfand sie als ruhig und sachlich. Sie sagte, daß sie ein Kind habe und in einer schwierigen Situation stehe. Sie äußerte die Hoffnung, „daß Sie mir vielleicht helfen können“. Wir vereinbarten ein Erstgespräch.

Erstgespräch

Das Erstgespräch fand während zweier Treffen statt, da beim ersten Mal – auch wegen der Anwesenheit des Kindes – zuwenig Zeit zur Verfügung stand. Die Klientin kam mit 15 Minuten Verspätung zum ersten Termin. Sie hatte ihren 3jährigen Sohn dabei, den Sie auf dem Arm trug. Ihre äußere Erscheinung: ein knabenhafter Körper, eher klein, schmal; dunkle, halblange, glatte Haare; große, dunkle Augen; bekleidet mit Hose und weiter Jacke, beides in dunkler Farbe. Sie lächelte und schleppte dabei sichtlich schwer am Gewicht des Kindes. Sie bekam zur Begrüßung keine Hand frei und stellte das Kind schließlich auf den Boden. Sie setzte sich; ihr Sohn blieb neben ihr stehen, hielt sich mit einer Hand an ihr fest, in der anderen ein Spielzeugauto und schaute mich ängstlich an.

Sie begann sofort zu sprechen. Es war, als ob sich Schleusen geöffnet hätten und lange Gestautes hervorquellen würde. Sie sprach schnell, ohne Pausen, ohne Zögern, dabei aber klar und deutlich. Öfter hatte die Stimme einen klagenden, etwas weinerlichen, kindlichen Ton. Meist aber erzählte sie in einer sachlichen und verglichen mit dem dramatischen Inhalt sehr distanzierten Art, fast als ob sie über eine andere Person sprechen würde. Dabei lächelte sie öfter in einer resigniert-traurigen Art.

Sie hatte die Tasche neben sich auf den Sessel gelegt, saß nur auf der vorderen Sitzfläche, lehnte sich nicht zurück. Sie hielt meist die Beine überschlagen und hielt sich mit einer Hand an der Armlehne fest. Sie nahm immer wieder Blickkontakt auf, so als ob sie sich versichern müßte, daß ich ihr auch wirklich zuhöre. Sie kommentierte ein paar Mal ihre eigenen Äußerungen in diesem Sinne: „Nein, Sie werden sich jetzt wohl denken, daß ich verrückt bin und daß das alles gar nicht wahr ist. Aber Sie können mir glauben, daß ich da gar nichts erfinde. Ich frage mich selber manchmal, wie ich das aushalte.“ Nur einmal sagte sie, daß sie sich erschlagen, müde, am Ende ihrer Kräfte fühle.

Während sie erzählte, wandte sie sich auch immer wieder dem Kind zu, das nach einiger Zeit begonnen hatte, mit dem Auto auf dem Boden zu spielen und im Zimmer herumzugehen. Nach ca. 15 Minuten bot ich dem Kind Malfarben und Papier an, und es war bereit, sich außerhalb des Raumes aufzuhalten – die Tür blieb angelehnt.

Ich ließ die Klientin reden, unterbrach sie nur ein paar Mal mit Verständnisfragen und einigen Fragen zur objektiven Lebenssituation und hatte das Gefühl, daß da jemand vor mir mit großer Schnelligkeit Stein um Stein einen riesigen Berg aufbaut, darauf zeigt und gleichmütig sagt: „Da, schau her, das alles lastet auf mir. Aber wahrscheinlich glaubst du mir doch nicht.“ Tatsächlich spürte ich ein paar Mal Zweifel in mir am Realitätsgehalt ihrer Erzählungen. Ich erlebte diesen Inhalt als einen Kontrast zu ihrer kindlich-jugendlichen Erscheinung und dem insgesamt lebendigen Ton ihrer Erzählung. Ich hatte sie auch um 3–4 Jahre jünger eingeschätzt, als sie tatsächlich war (27 J.).

Problembeschreibung

Die Klientin beschrieb ihre Situation und ihr Problem wie folgt: Sie sei 27 Jahre alt, ledig und wohne seit 4 Monaten wieder bei ihrer Herkunftsfamilie: Vater 64 J., Beamter in leitender Funktion; Mutter 52 J., Hausfrau. 3 Kinder: Schwester 25 J., Bruder 18 J. Sie arbeite halbtags als Büroangestellte.

Vor 4 Monaten habe sie sich vom Vater ihres Kindes getrennt, mit dem sie 5 Jahre zusammengelebt hatte. Als ihre Mutter im Anschluß an eine Brustkrebsoperation zu Hause eine Hilfe benötigte, sei sie wieder dorthingezogen und habe diese Gelegenheit benutzt, um nicht mehr zu ihrem Partner zurückzukehren. Dieser verfolge sie jetzt, bedrohe sie physisch und wolle ihr das Kind wegnehmen. Er wolle sie für unzurechnungsfähig erklären lassen, um so bei der Gerichtsverhandlung in 4 Wochen das Kind zugesprochen zu bekommen. Er sei ein sehr arroganter, gewalttätiger Mensch, habe sie oft schon geschlagen und drohe ihr ständig, sie umzubringen. Er benütze jede Gelegenheit, um sie zu demütigen, zu beschimpfen und zu bedrohen. Vor kurzem habe er ihr aufgelauert, sie gezwungen in das Auto zu steigen und habe sie an einem abgelegenen Ort so lange gewürgt, bis sie fast bewußtlos war. Eine Woche danach habe er ihr eine Pistole gezeigt und ihr gesagt, daß er sie damit erschießen werde, wenn sie versuchen sollte, mit einem anderen Mann eine Beziehung einzugehen. Er habe ihr gesagt, sein Lebensziel sei es geworden, ihr Leben zu zerstören. Er verfolge sie täglich, schleiche abends und nachts um das Haus, um sie zu kontrollieren. Er wolle täglich für 2 Stunden das Kind. Sie müsse es ihm übergeben und nach genau 2 Stunden wieder abnehmen. Das Kind leide sehr unter dieser Situation.

Sie lebe so unter dauernder Angst, denn sie halte ihn für durchaus fähig, sie umzubringen. Sie habe sich bereits mehrmals an die Polizei gewandt, die ihn zwar verwarnt habe, mehr aber nicht tun könne.

Sie habe das Gefühl, eigentlich nicht erwachsen geworden zu sein. Ihre Probleme hätten angefangen, als sie 14 Jahre alt war. Z. B. habe sie im Gegensatz zu den Gleichaltrigen keinen Busen entwickelt, weiter mit Puppen gespielt und sei in weiten Pullovern herumgelaufen. Damals sei sie das erste Jahr von zu Hause fort gewesen, in einem Mädcheninternat und habe eine Oberschule besucht. Damals habe sie auch plötzlich begonnen, unter quälenden religiösen Zwangsvorstellungen zu leiden und habe sich immer mehr von den Mitschülerinnen zurückgezogen. Schließlich sei sie von anderen Mädchen überrascht worden, als sie vor einem Heiligenbild kniete und betete. Erst später habe sie sich von diesen Zwängen befreien können. Aber ihr Leidensweg habe damals begonnen, und heute erlebe sie einen neuen Höhepunkt in dieser Situation mit dem Vater ihres Kindes.

Am Arbeitsplatz werde sie gering geschätzt; die anderen behandelten sie wie das Dummerchen, dem nichts zuzutrauen sei.

Gegen Ende des Gesprächs fragte ich die Klientin, was sie sich von mir erwarte. Sie sagte, sie habe bereits vor Jahren einmal eine Therapie in einer psychiatrischen Abteilung mitgemacht und sei total schockiert gewesen. Aber sie müsse endlich mit jemandem reden können, weil ihr alles über den Kopf wachse und sie nicht mehr weiter wisse. Auch erwarte sie eine Hilfe von meiner Seite, falls ihr ehemaliger Freund versuchen sollte, sie für verrückt erklären zu lassen – er wisse nämlich um diesen Psychiatrieaufenthalt.

Ich selbst spürte inzwischen einerseits ein Gefühl der Hilflosigkeit, hervorgerufen vor allem durch die Schilderung der Bedrohung ihres Lebens. Andererseits war ein deutliches Interesse da und eine Neugier erwacht auf das Leben, das da angedeutet worden war. Gleichzeitig zeigte die Klientin einen deutlichen Leidensdruck (state of incongruence) und damit verbunden eine klare Motivation, Bereitschaft und Fähigkeit zu Selbstexploration, gute verbale Fähigkeiten und die Fähigkeit, sowohl eine Beziehung zu sich selbst als Person aufzunehmen, als auch mein Beziehungsangebot wahrnehmen zu können.

Erweiterte Lebensgeschichte

Im folgenden will ich die Lebensgeschichte der Klientin (Name: M.), so wie sie im Fortlauf der Therapie sichtbar geworden ist, in großen Zügen beschreiben. Ich weiß nicht, ob ich den Mut gehabt hätte, mich auf diesen „Fall“ einzulassen, wenn ich vieles davon gewußt hätte – nach dem klassischen Schema: Anamnese–Tests–Diagnose–

Therapie. So bin ich blauäugig und klientenzentriert losgegangen, und nur allmählich hat die Klientin die wahren Ausmaße ihres Leidens geoffenbart; so hat sie sich und mich geschützt.

Der Vater will eigentlich Priester werden. Als er seine jetzige Frau kennenlernt, ist er 37 Jahre alt und sie 25 Jahre. Sie ist Bundesdeutsche und hatte eine sehr strenge Erziehung erhalten und als sie schwanger ist, ist es für beide klar, daß jetzt geheiratet werden muß. Nach der Heirat im 5. Schwangerschaftsmonat zieht das Paar in eine oberitalienische Provinzstadt, wo der Vater eine Arbeit als Beamter gefunden hatte und wo die Familie für 3 Jahre bleibt. Die Mutter spricht damals kein Wort Italienisch. Nach 3 Jahren zieht die Familie nach X., wo sie heute noch wohnt.

Die Schwangerschaft ist begleitet von Depressionen und Alpträumen und schließlich kommt das Kind mit 7 Monaten zur Welt. Es ist ein ungewolltes Kind, das den Lebensweg der Eltern entscheidend verändert hat. Für den Vater ist es außerdem und vor allem ein „Kind der Sünde“, das ihm den Weg in die Priesterschaft verbaut hat.

Die Mutter hängt sich anfangs sehr stark an das Kind, das in der fremden, neuen Welt der wichtigste Halt für sie ist. M. ist ein unruhiges, nervöses, schwieriges Kind, und ab 3 Jahren klammert sie sich an den Rock der Mutter und fragt sie unzählige Male am Tag: „Mama, hast du mich wirklich gerne?“ Diese Frage wird M. bis ins 27. Lebensjahr an ihre Mutter stellen. Mit 10 Monaten ist M. aber bereits tagsüber und nachts sauber.

Im Vater entwickeln sich bald zwanghafte religiöse Vorstellungen und Verhaltensweisen, die er versucht, auch den anderen Familienmitgliedern zu vermitteln und die vor allem von den Begriffen „Sünde“, „Schuld“ und „Strafe“ geprägt sind.

Als M. mit 4 Jahren den Kindergarten besuchen soll, wehrt sie sich buchstäblich mit Händen und Füßen und wird schließlich mit Gewalt doch dazu gezwungen. Als Strafe muß sie dann im Kindergarten stundenlang im Eck stehen. Es ist für M. eine intensive Erfahrung des Verlassenseins und des im Stichgelassen-Werdens und der Beweis für das, was sie schon immer gespürt hat: nicht geliebt zu werden.

Beim Spielen langweilt sich M. immer sehr: Sie kann nicht spielen. Wenn sie z. B. von der Mutter eine Puppe geschenkt bekommt, freut sie sich sehr, legt sie aber ins Bett, betrachtet sie und hat Angst, daß sie durch das Spielen beschädigt und schmutzig werden könnte. Sie soll schön und sauber bleiben. Die Puppen sind auch ein Beweis dafür, daß die Mutter sie liebt.

M. geht auch nicht gerne zur Schule. In diesen Jahren quält sie öfter der Zweifel, ob sie wirklich das Kind ihrer Eltern sei. Das Schönste in der Schule ist für M. der Religionsunterricht. Sie ist begeistert und „die Worte Jesu sind Speise für meinen Hunger nach Liebe“. Nachhaltig beeindruckt ist M. in der 5. Klasse, als der Pfarrer den Kindern ein Bild des Teufels zeigt, der ein Engel gewesen war, sein wollte wie Gott und deshalb gestürzt wurde.

Als M. 6–7 Jahre alt ist, kommt sie morgens – nachdem die Mutter bereits aufgestanden ist – ins Bett des Vaters, darf sich auf seinen Bauch und zwischen seine Beine legen. Dieser schaukelt dann mit ihr auf und ab. Für M. ist es ein wunderbares, schönes und warmes körperliches Gefühl. Oft aber unterbricht der Vater plötzlich dieses Spiel und schickt sie fort. M. kann das gar nicht verstehen.

Später spioniert der Vater ihr nach und entdeckt sie dann auch öfter im Bad, als sie mit ihren Geschlechtsteilen spielt. Er schimpft dann und redet von Gott und dem 6. Gebot.

Von den Eltern fühlt sich M. nicht akzeptiert: von der Mutter fühlt sie sich im Stich gelassen. „Immer dann, wenn ich sie gebraucht hätte, war sie nicht da.“ Die Zuneigung des Vaters empfindet sie als distanziertes, pflichtmäßiges Sich-Kümmern.

Als M. 10 Jahre alt ist, wird der Vater mit der Diagnose „Waschzwang“ für längere Zeit in die psychiatrische Klinik eingewiesen.

Er hatte auch allen Familienmitgliedern untersagt, ihn irgendwie zu berühren – aus Angst, schmutzig zu werden.

In der Pubertät – mit ca. 14 Jahren – kommt M. in ein Mädcheninternat in einer nahen Stadt, um dort die Oberschule zu besuchen. Plötzlich kommt dort der Zusammenbruch: Eine Freundin, an der M. sehr hängt, will plötzlich von ihr nichts mehr wissen, gibt ihr zu verstehen, daß sie eine Last für sie ist und daß sie in Ruhe gelassen werden will. Sie läßt sich auch in ein anderes Zimmer verlegen. Für M. bricht die Welt zusammen, und sie erlebt das gleiche intensive Gefühl wie mit 4 Jahren im Kindergarten: verlassen zu sein. Plötzlich kommt ihr Gott in den Sinn, und sie wirft ihm vor, daß auch er sie verlassen hat. In der Schule wird M. apathisch und kann dem Unterricht nicht mehr folgen. Die Auseinandersetzungen mit Gott werden bald zum qualvollen Zwang, der sie ganz ausfüllt. Stundenlang flucht sie ihm und allen Heiligen, deren Bilder im Heim hängen, um anschließend von heftigen Schuldgefühlen überfallen zu werden. Das Bitten um Verzeihung nimmt dann wieder Stunden in Anspruch, nur um dann wieder in Vorwürfe und Fluchen überzugehen. M. fühlt sich von einem bösen Geist besessen. In besonders schlimmen Stunden sperrt sie sich in die Toilette, zerkratzt sich das Gesicht und zerbeißt sich die Hände. Als Höhepunkt der Gotteslästerung empfindet M. den Gedanken, sein zu wollen wie Gott.

Sie bemüht sich gleichzeitig, alles zu verbergen und hat nicht den Mut, mit jemandem darüber zu sprechen. Sie wird auch von Mitschülerinnen dabei entdeckt, wie sie vor einem Heiligenbild kniet. Lange merkt sie nicht, daß sie zum Gespött der Mitschülerinnen geworden ist.

Schließlich bricht sie den Schulbesuch ab und kehrt nach Hause zurück. Mit 18 Jahren beginnt sie als Sekretärin halbtags zu arbeiten. Mit dem verdienten Geld kauft sie der Mutter oft Geschenke – auch Goldgeschenke – und fragt sie immer und immer wieder, ob sie sie auch wirklich gern habe.

Der Vater redet zu ihr hauptsächlich von Gott, der Gottesmutter, von Sünde und besonders von der Unkeuschheit. „Es war wie eine Gehirnwäsche – Tag für Tag. Immer nur ich. Die anderen in der Familie ließ er meist in Ruhe.“ Er schläft inzwischen auch getrennt von seiner Frau in einem anderen Zimmer. M. kann sich auch überhaupt nicht an irgendeinen körperli-

chen Kontakt zwischen den Eltern erinnern. Die Mutter und M. schlafen im elterlichen Schlafzimmer. Wenn im Fernsehen eine erotische Szene erscheint, stellt sich der Vater davor oder wechselt das Programm.

In den folgenden 6 Jahren wird M. weiter von Zwangsvorstellungen und -handlungen gequält, und die Suicidgedanken häufen sich. Alles in ihr ist mit Gott beschäftigt: „Warum hat er mich verlassen?“

Mit 20 Jahren wird M. von ihrem Hausarzt zu einem Psychiater geschickt und von diesem in die psychiatrische Klinik eingewiesen. Es ist eine schockierende Erfahrung für sie, und nach 2 Wochen verläßt sie unter einem Vorwand die Klinik und kehrt nicht mehr zurück.

In den folgenden 5 Jahren versucht M. sich mit Tabletten, Alkohol und vereinzelt Drogenerfahrungen (auch Heroin i. v.) über Wasser zu halten. Mit 24 Jahren wird sie zu einem stationären Entzug in die Klinik gebracht. Aber erst in der Schwangerschaft kann sie den Tablettenkonsum abbrechen.

An ihrer Sexualität leidet sie. Sie fühlt sich verkrampft, verklemmt und schuldig und sexuelle Erlebnisse sind oft Anlaß für zwanghaftes Waschen (besonders der Haare), Beichtzwang und Verstärkung der alten Zwangsgedanken und -handlungen. Während sexueller Kontakte muß sie oft an den Vater denken und kann ihm dann zu Hause nicht mehr in die Augen schauen; sie hat das Gefühl, daß er sofort sieht, „welchen Dreck ich an mir habe“. Neben der „Verklemmtheit“ hat sie aber auch Erlebnisse aggressiver, ekstatischer Hemmungslosigkeit, z. B. beim Tanzen zu Rockmusik oder in der Sexualität. Diese Erlebnisse machen ihr Angst und sie bezeichnet sie als „Besessenheit durch einen bösen Geist“ und erlebt sich darin als „Hexe“.

M. lehnt ihren Körper ab, den sie als unweiblich empfindet. Sie wagt sich nur in weiten Kleidern und in Hosen auf die Straße.

Mit 24 Jahren hat M. ein intensives und z. T. entlastendes Erlebnis: sie sieht die Abbildung einer russischen Ikone, die Maria darstellt, wie sie ihr Kind im Arm hält. Sie wird von einem – starken freudig/traurigen Gefühl überwältigt und sie spürt, daß genau dieses liebevolle Gehalten-Werden ihr immer gefehlt hat.

Mit 25 Jahren lernt M. einen Mann kennen, an den sie sich verzweifelt klammert, der sie zurückstößt, schlägt, demütigt und den sie mit Suiciddrohungen erpreßt. Sie will von ihm ein Kind, da sie in einem Kind die einzige Rettungsmöglichkeit für sich selbst sieht. Als sie schließlich schwanger ist, sagt ihr die Mutter, sie soll abtreiben. Aber M. wehrt sich auch gegen sie mit Suiciddrohungen.

Durch die Geburt des Kindes fühlt sich M. in ihrem Selbstbewußtsein gestärkt und empfindet zum erstenmal so etwas wie einen Sinn im Leben. Die Zwänge mildern sich.

Die sado-masochistische Beziehung zu ihrem Partner (der sich kaum um das Kind kümmert) setzt sich fort. Ungefähr einhalb Jahre nach der Geburt des Kindes ergreift M. die Gelegenheit, aus der gemeinsamen Wohnung auszuziehen: Die Mutter wird einer Brustkrebsoperation unterzogen, und unter dem Vorwand, ihr zu Hause behilflich zu sein, zieht sie wieder in die elterliche Wohnung und kehrt nicht mehr in die gemeinsame Wohnung zurück.

Die Mutter ist ihr bei der Betreuung des Kindes behilflich. Sie verlangt aber, daß das Kind nicht „Oma“ zu ihr sagt, sondern „Mutti“ (M. läßt sich vom Kind „Mama“ rufen). Auch ihrer Tochter verbietet die Mutter, sie in der Öffentlichkeit „Mama“ zu nennen und verlangt von ihr, sie mit ihrem Taufnamen anzureden. Das Altern ist für die Mutter – sie ist immer noch eine sehr attraktive Frau – ein zentrales Problem und Mutter bzw. Großmutter sein, ist unvereinbar mit ihrem Selbstbild.

Nach der Trennung von P., ihrem Partner, beginnen die Verfolgungen von seiner Seite, die dann auch offizieller Anlaß zum Beginn der Therapie werden.

Therapievertrag

Ich vereinbarte mit der Klientin folgendes: Einmal wöchentlich eine Therapiestunde von 50 Minuten Dauer. Da es möglich war, dies im Rahmen unserer Beratungsstelle zu tun, war die Therapie kostenlos. Ich sagte ihr, daß das Wort „Therapeut“ im Griechischen soviel bedeutet wie „Diener, Genosse, Gefährte“. In diesem Sinne könne ich ihr anbieten, sie helfend zu begleiten bei dem Versuch, ihre Situation und sich selbst besser zu verstehen. Was die ev. Hilfe in der rechtlichen Auseinandersetzung um das Kind betreffe, so sei es fraglich, ob ich da etwas für sie tun könne; jedenfalls sähe ich da im Moment keine Möglichkeiten.

Vorläufige diagnostische Hypothese

Beim Anhören der Klientin kam mir öfter das Wort „unerhört“ in den Sinn und zwar in der doppelten Bedeutung von „schrecklich“ und von „nicht erhört“. Gleichzeitig hatte ich den Eindruck, daß die Erwartung bzw. die Angst, daß das Gehörte nicht verstanden bzw. nicht geglaubt wird, so groß ist, daß es die Klientin nur in distanzierter Form erzählen kann, die genügend Schutz bietet.

Das Gefühl von Ohnmacht und auch Beschützen-Wollen, das ich manchmal spürte, und der seltsame Gegensatz zwischen dem kleinen, zarten, hilflosen Menschen und den übergroßen, gewaltigen Bedrohungen ließen mich vermuten, daß dieses Klein- und Winzigwerden auch Zuwendung, Schutz, Schonung bewirkt und als Überlebensstrategie bedeutsam war und ist.

Die Klientin erlebt sich also in einem „unerhörten“ Zustand von Bedrohung und sucht aus diesem Erleben heraus Hilfe von außen. Ein Aspekt dieser erwarteten Hilfe ist die Möglichkeit, endlich reden zu können und

dabei einen Menschen zu haben, der das „Unerhörte“ anhört. Weiters sucht sie einen Verbündeten, der ihr helfen kann, das Kind zu behalten.

In einem wichtigen Moment des Individuationsprozesses, der Pubertät, trat die Entwicklung in eine akute Krise ein, die anscheinend noch andauert. Diese Krise trat zumindest damals in der Form einer Neurose mit Zwangscharakter (frühe Störung) zutage.

Das Selbstkonzept (bzw. die Bedeutungsstrukturen) der Klientin, das ich im Erstgespräch wahrnehmen konnte, war deutlich negativ geladen: „Ich bin klein, schwach, hilfsbedürftig, nicht erwachsen, obwohl ich 27 Jahre alt bin. Mein Kind ist ein wichtiger Teil von mir: Es macht mich größer, dehnt mich aus. Mein Leben ist ein Leidensweg; Ich leide seit langem. Ich werde verfolgt und in meiner Existenz bedroht. Ich bin nicht weiblich, nicht liebenswert. Ich habe einen häßlichen Körper. Ich bin unausgeglichen, zwanghaft und in meinen Lebensäußerungen insgesamt eingeschränkt.“

Der Prozeß

Stationen: die Stunden 2, 12, 22, 32, 42, 52

Ich möchte als ersten Schritt versuchen, anhand der Analyse jeder zehnten Therapiestunde (12, 12, 22, 32, 42, 52) den Prozeß und einige seiner typischen Merkmale nachzuvollziehen. Ich habe dafür aus den drei gebräuchlichen Skalen (Prozeßskala, experiencing-Skala, SE-Skala) zur Operationalisierung des Klientenprozesses die 7stufige Prozeßskala nach Rogers in den Formulierungen nach Biermann-Ratjen et al. (1981) und nach Hart/Tomlinson (1970) ausgewählt und auch mit ihrer Hilfe versucht, über das Geschehen in der Stunde zu reflektieren und auch Skalenwerte für jede Stunde anzugeben. Der Prozeß in der Stunde ist natürlich ein dynamisches Geschehen und die statische Aussage des jeweiligen Skalenprofils, das ich angehängt habe, ist nur eine Schätzung des maximalen Wertes in den 7 Funktionsbereichen, den die Klientin erreicht hat – ev. auch nur für die Dauer von wenigen Minuten. Diese Profile sind deshalb das Resultat dieser Schätzungsübungen anhand der Skala und geben über den Verlauf wenig Auskunft. Es soll in erster Linie auch eine Verbeugung vor dem naturwissenschaftlichen Teil der GT-Seele sein; er hat historische Verdienste.

Die Skalen sind ja auch spezifizierte und operationalisierte Ausformulierungen des allgemeinen Therapiezieles, d. h. wenn die Klientin auf der Skala tendenziell von niederen zu höheren Werten sich bewegt, so ist der Prozeß in Fluß und die Therapie erfolgreich.

Ich fand die Arbeit mit der Skala sinnvoll und habe mir dabei öfter gewünscht, daß solche Übungen mit prozeßorientierten Skalen ab uns zu auch in der Ausbildung Platz gehabt hätten. Bestimmte klientenzentrierte Konzepte wären für mich schneller verständlich geworden.

Die 2. Therapiestunde

Die Klientin erzählt in ununterbrochenem Redefluß, mit vielen Wiederholungen, Umschreibungen und Ausschmückungen von Details äußerer Ereignisse vor allem vom Verhalten von P., ihrem ehemaligen Partner und Vater ihres Sohnes. Sie schildert seine Verfolgungen, seine Drohungen, seinen gewalttätigen Charakter, die Pistole, die er ihr gezeigt hat und mit der er ihr den Tod angedroht hat, ihre Hilfsuche bei der Polizei, ihren neuen Freund, der diese ganze Situation nicht mehr aushält und sich deshalb von ihr zu distanzieren beginnt. Sie spricht dabei in einem plaudernden, freundlich-sanften Ton. Gefühle der Angst, Müdigkeit und Hoffnungslosigkeit werden in sehr distanzierter Art geäußert, so als ob sie über eine dritte Person spräche.

Sie verwendet anstelle von „ich“ oft „man“. Alles Erleben und alle Probleme werden auf das Verhalten von P. zurückgeführt.

Es ist, als ob mir die Klientin sagen möchte: „Sind Sie nicht auch der Meinung, daß es dieser Person verdammt schlecht geht und daß sie eigentlich gar nichts machen kann?“

Zunächst aber habe ich das Gefühl, daß die Klientin vor mir in Windeseile eine unüberwindliche Mauer aufbaut. Ich fühle mich Schachmatt gesetzt; ohnmächtig, spüre Wut auf diesen Menschen P., Mitleid mit der Klientin und manchmal auch kurz dazwischen leise Zweifel, ob dies alles auch wirklich wahr, oder ob viel erfunden ist. Es überwiegt schließlich der Impuls, „herbeizustürzen und die Dinge in Ordnung zu bringen“ (Rogers): Ich er tappe mich bei Überlegungen, wie und wo die Klientin etwas ändern könnte, wo etwas Positives und Lösungsansätze zu finden wären in dieser hoffnungslosen Extremsituation. Ich lasse mich so z. B. zu verschiedenen Ratschlägen verführen, die die Klientin dann mit ein paar Hinweisen auf die objektive Unmöglichkeit zunichte macht. Einige Versuche von mir, ihr Erleben zu verbalisieren, bestätigt sie kurz aber nachdrücklich und erzählt dann sofort von der schlimmen äußeren Situation weiter.

Es kommt Ärger in mir auf. Ich habe das Gefühl, in meinen Bemühungen und meinen Interventionen überflüssig und sogar störend zu sein. Ich merke, daß ich nicht so recht akzeptieren kann, was ich spüre (Kongruenzprobleme): Die Klientin will einfach zu jemandem reden, der aufmerksam zuhört und vorerst weiter nichts. Ich

dagegen möchte ihr irgendwie zeigen, daß ich ein effektiver Therapeut bin. Erst als es mir gelingt, sie einfach erzählen zu lassen und keine Leistungsdemonstrationen meinerseits mehr zu machen, legt sich die Anspannung in mir, und allmählich entsteht das Gefühl, daß ich ihre Spur finde.

Gegen Ende der Stunde gelingt es mir, einen wichtigen Bedeutungsgehalt wahrzunehmen und ihn ihr mitzuteilen. Ich verstehe, daß die Klientin in ihrem Gefühl der Hilflosigkeit und der Ausweglosigkeit respektiert werden will und ich kann dies annehmen; zusammen können wir etwas Wichtiges aussprechen:

KL: Ich hoffe auf die Zeit, aber niemand hat Zeit zu warten. Alle meinen, es muß jetzt und sofort etwas geschehen und ich muß jetzt unbedingt etwas ändern. (Heftiger, lauter) Aber was soll ich ändern?

TH: Sie spüren, es ist jetzt richtig, wenn sie einfach tun, was der P. von Ihnen verlangt.

KL: Ja, ganz genau.

TH: ... denn nur mit der Zeit wird sich etwas ändern können, jetzt können Sie gar nichts tun.

KL: Ja, ich spüre den furchtbaren Zeitdruck, der mir von den anderen gemacht wird. Ich kann jetzt nichts tun.

Die 12. Therapiestunde

Die Klientin nimmt gleich anfangs Bezug auf die vorangegangene Stunde und stelle einen Zusammenhang her zwischen dem Gutgehen in der vergangenen Woche und der Tatsache, über das Thema „Gott“ und die damit zusammenhängenden Zwangsgedanken ausführlich gesprochen zu haben. In der vorangegangenen Stunde hatte ich zur Bearbeitung den Zusammenhang zwischen ihrem Kampf mit Gott und ihrer konfliktreichen Beziehung zum Vater angeboten. Sie hatte das Angebot angenommen und damit gearbeitet. Nun sagt sie, daß das Resultat ihrer Überlegungen in den vergangenen Tagen dies sei, daß sie jetzt versuchen müsse, eine gesunde Einstellung zur Religion und zu Gott zu erreichen. D. h., die kognitiven Funktionen stehen hier im Dienst der Aufrechterhaltung des alten, starren, zwanghaften Konstruktes „Gott“, das für die Klientin vor allem auch die Funktion hat, die Figur des Vaters und ihre Beziehung zu ihm zu verdecken. Ebenso verwendet sie das Konstrukt, „im Leben kann nicht alles gut gehen, da ist immer auch Leiden“ dazu, ihren sehr schmerzlichen Gefühlen nicht zu nahe kommen und in ihrer wahren Gestalt nicht erleben zu müssen.

In den vergangenen Stunden hatte ich das Entstehen von Gefühlen des Beschützens der Klientin gegenüber gespürt und so kann ich diesen ihren Selbstschutz gut annehmen. Bald kommt sie selber wieder auf den Zusammenhang:

KL: Aber die Erklärung, wieso ich so ein verkrampftes Verhältnis zu Gott habe, ist, weil mir in meiner Kindheit eine bestimmte Zuneigung gefehlt hat oder ein bestimmter Teil, was weiß ich, Liebe oder so.

TH: Hm.

KL: Ich versuche dann mich zu analysieren weil ... für mich war das Ganze bis ich zu Ihnen gekommen bin ... ich kann es gar nicht beschreiben ... einfach ein Abschnitt, der hat kein Ende und keine Füße gehabt. Das war so ein Nebel in meinem Kopf und dem hab ich keinen Namen geben können. Das war einfach da und ich hab auch immer Angst gehabt, mich mit der Sache zu konfrontieren, weil sie eben so schwer war. Erstens kann ich jetzt darüber reden und zweitens ist es etwas anderes, wenn man etwas denkt oder sagt; weil der Gedanke kann im Kopf weiter herumtreiben, wie ein Film, aber wenn es gesagt ist ... man erschrickt über sich selber, es ist, als ob man es selber erleben würde.

Ich spüre bei der Nennung meiner Bedeutung für sie so etwas wie einen leichten Schrecken und mir fällt meine Eigentherapie ein und das Thema, das dort ansteht: die eigenen Fähigkeiten zulassen, akzeptieren und ev. auch noch genießen können.

Jedenfalls hat die Klientin hier formuliert, was in der GT als Therapieziel angesehen wird: das Selbstkonzept erweitern.

KL: Jedesmal, wenn ich auf eigenen Füßen hätte stehen sollen, bin ich gescheitert ... Ich hatte immer eine Anhänglichkeit, das war den Eltern vielleicht eher lästig. Wieso habe ich nicht gelernt, selbständig zu sein? Habe ich etwas versäumt, oder habe ich nicht gewollt? Wenn ich das so überlege, sind das lauter Etappen, die da eine Verbindung haben.

Weiters erzählt die Klientin von Erinnerungen aus der Kindheit, allerdings ohne daß ein Gefühl bis zum aktuellen Erleben durchkäme. Ich versuche, sie zu einer möglichst konkreten Annäherung an „dieses kleine Mädchen, das Kind, das sie einmal war“ anzuregen. Immer, wenn etwas hätte erlebbar werden können, weicht die Klientin aber in das „Erzählen über“ aus.

Als die Klientin schildert, wie in der Pubertät im Internat die zwanghaften, aggressiven Gefühle und Gedanken gegen Gott, „der mich hätte liebend begleiten sollen und der mich so im Stich gelassen hat“, begonnen haben, falle ich ins Erklärenwollen. Ich versuche, die Verbindung zu ihren vorher berichteten Gefühlen des Verlassenseins (im Internat) von den Eltern und von der einzigen Freundin herzustellen. Die Klientin stimmt mir zu, aber ich habe anschließend das Gefühl, ihr etwas – wenn auch vielleicht „Richtiges“ – untergeschoben zu haben und meiner Ungeduld und meinem Bedürfnis nach Erklären und Verstehenwollen erlegen zu sein. Insgesamt bleibt mir am Ende der Stunde ein vages Gefühl der Unzufriedenheit oder eines undeutlichen Schmerzes: Ich hatte ein

verschwommenes Bild von einer Grenze oder von etwas nie Erreichbarem, etwas Unvollständigem, es ist mir nicht gelungen, näher zu verstehen.

Die 22. Therapiestunde

Die Klientin erzählt in heftigem, wütendem Ton gleich anfangs, wie sie sich maßlos ärgere, weil sie auf dem Wege hierher ein Unbekannter „blöd angeredet“ hat. Sie verwendet Kraftausdrücke wie „Idiot“, „blöde Sau“, „Arschloch“ und sagt, sie wolle sich den Typen anschließend an die Stunde noch suchen und ihm die Meinung sagen. Es ärgere sie, daß sie nicht sofort angemessen reagiert habe.

KL: Ich lasse mich von keinem mehr unterdrücken und Angst habe ich auch keine mehr. Das, das ist brutal ... da kriege ich eine Wut, daß ich selber so eine Kraft kriege, daß ich mich selber gar nicht kenne ... Ich glaube nicht, im Leben immer nur auf den Deckel kriegen zu müssen. Immer nur das arme Dummerchen zu sein, da habe ich die Schnauze voll. Diese Demütigung! Wieso denn?

Ich freue mich über diesen neuen Aspekt ihrer Person, den die Klientin da zeigt und darüber, daß die Wut und das aggressive Potential, das meist nicht sichtbar wurde und worüber nur geredet worden war, jetzt zum Ausdruck kommt. Dabei denke ich auch an den im psychoanalytischen Verständnis der Zwangsneurose zentralen Stellenwert der aggressiven Impulse.

TH: (lacht) Ich staune, welche Energien da sichtbar werden. So kenne ich Sie gar nicht. Da scheint es neben der schwachen und hilfsbedürftigen M. ja noch eine andere, zornige, starke M. zu geben.

KL: (laut und zornig) Ich habe mir in dieser Woche schon einiges nicht gefallen lassen. Ich habe beschlossen, daß wenn ich leben will, dann muß ich mit ein paar Sachen aufräumen. Z. B. habe ich mit der Mutter die ganze Woche gestritten.

TH: Ja, wie finden sie denn diese M., die da so stocksauer und kreuzverflucht aus allen Rohren dampft?

KL: (lacht) Ja, die steht aufrecht auf beiden Füßen, so wie ich von hier das letzte Mal heimgegangen bin nach der Übung, die ich bei Ihnen da gemacht habe*. Verstehen Sie? So richtig wild. Das ist nicht mehr der Teig, der keine Form hat. Weil wie ich damals hier aufgestanden bin, da ist, glaube ich, ein kleines Wunder geschehen und ich will aufrecht stehen und atmen und die Energie spüren und nicht mehr der arme Hund sein und das arme Seelchen.

Die Klientin stellt alte Konstrukte des negativen Selbstkonzeptes in Frage anhand des aktuellen Erlebens. Ich verstärke es und biete ihr Farbstifte und großes Papier an und lade sie ein, damit etwas zu tun. Sie malt und anschließend bespreche ich mit ihr das Resultat. Ich versuche dabei immer wieder, sie auf das aktuelle Empfinden zu weisen und diesmal kann ich es auch ohne Drängen tun. Als ein Aspekt, der in der Zeichnung enthalten ist, wird Trauer deutlich, die sie auch als leere, dumpfe Stelle in der Brust lokalisieren kann (felt sense i. S. des Focusing). Es ist bisher die Stunde, in der der Prozeß am freiesten floß. Abschließend bleibt mir ein gutes Gefühl gemeinsamen, konstruktiven Arbeitens.

Die 32. Therapiestunde

Die Klientin beginnt zu erzählen, daß sie seit einer Woche an einem neuen Arbeitsplatz ist – daß sie versetzt wurde. Am bisherigen war sie 10 Jahre lang gewesen. Dort hatte sie die Rolle der Unfähigen, Dummen, die in der Psychiatrie war und der man nichts zutrauen konnte, eingenommen. An den zwei Seiten dieser Rolle – der belastenden und der angenehmen – hatten wir zwei Stunden vorher gearbeitet. Jetzt freut sie sich, irgendwo neu beginnen zu können. Es macht ihr aber Sorgen, daß sie am neuen Arbeitsplatz bald ganztägig wird arbeiten müssen (bisher halbtags).

Ich empfinde diesen Wechsel als etwas sehr Wichtiges für ihr Wachsen. Auch wird ihre Autonomie durch ein höheres Einkommen gefördert; dies scheint mir besonders relevant im Hinblick auf ein ev. Verlassen des Elternhauses zu sein. Ich empfinde dies als einen notwendigen Schritt, allerdings bin ich mir bewußt, daß ihn die Klientin vielleicht nicht (nie?) schaffen wird. Ich fühle mich als Therapeut hier im Sinne von Trüb (1951, zit. nach Pfeiffer 1987, S. 59) „als personaler Stellvertreter für die Welt“. Ich bin über diese Arbeitsplatzveränderung auch deshalb froh, weil ich es fast als ein deutliches äußeres Zeichen erlebe, daß sich etwas verändert. Dabei stoße ich auf meinen Zweifel, der sich manchmal bemerkbar macht, ob dieser organismischen Aktualisierungstendenz wirklich so ganz zu trauen sei – vor allem wenn die äußere Situation sehr einengend und blockierend ist. Ich denke dabei vor allem an die Tatsache, daß die Klientin bei ihren Eltern wohnt und dabei einem hoch pathoge-

* Die Klientin bezieht sich hier auf die vorhergehende Stunde. Sie sagte da, daß sie sich wie ein formloser Teig fühle. Ich forderte sie auf, einmal ganz dieser Teig zu sein, sich auf den Boden zu hocken, so wie es ihr zu diesem Bild am angemessensten schein und zu spüren, wie das ist. Sie tat es und begann nach einer Weile leise zu weinen. Nach der Erforschung der dazugehörigen Gefühle bat ich sie, zu schauen, ob da etwas sei, das sie tun möchte und könne. Schließlich begann sie sich langsam aus der zusammengekauerten Stellung aufzurichten, groß zu werden, die Arme auszubreiten, zu wachsen, ihre Wurzeln zu spüren. Es war ein sehr eindrucksvolles Geschehen für beide.

nen Milieu ausgesetzt ist. Ein ganztägiger Arbeitsplatz scheint mir da sehr autonomiefördernd und Ich-stärkend zu sein. Ich ermutige sie.

Die Klientin erzählt, daß sie mit der neuen Vorgesetzten gesprochen und diese ihr gesagt habe, daß sie vor kurzem eine Frau entlassen mußte, die diese Stelle bekleidete; sie sei nämlich unfähig, langsam, unselbständig, begriffsstutzig und schwach gewesen.

KL: (wütend, heftig) So, hab ich mir gedacht, das klingt ja gut für meine Ohren, das kenn ich zu gut, das kenn ich 10 Jahre lang! (heftiger) Du sollst bei mir das nicht sehen. Ich werd verrückt, hab ich mir gedacht, da seh ich ja mein Spiegelbild! (ballt die Faust und schüttelt sie)

TH: So, versuchen Sie das nochmal mit der Faust.

KL: (lacht und schüttelt sie nochmals) Arme Seele! Gewesen! Das ist vorbei.

Ich versuche, ihre innere Kommunikation mit dem armen, schwachen Teil über ihre Identifikation mit ihrer Vorgängerin zu verstärken und biete ihr an, zu ihr direkt zu reden. Die Klientin ist einverstanden und muntert ihr Gegenüber auf, die alten, selbsterniedrigenden Verhaltensmuster zu unterbrechen und sich nach einer Hilfe umzusehen, statt sich zu beweinen und zu zittern. Sie solle ihre Wurzeln suchen, so wie sie selbst es getan habe – jetzt wisse sie darum. Als sie Wurzeln spürte, habe sie stehen können und als sie stehen konnte, habe sie die Arme ausbreiten können.

Am neuen Arbeitsplatz habe sie auch bereits positive Erfahrungen mit ihren Fähigkeiten gemacht. Sie fährt fort, über ihr sich veränderndes Selbstkonzept zu sprechen. Wenn es früher fast ausschließlich negativ definiert war, so beschreibt sie jetzt neue Aspekte:

KL: (laut und kräftig) Ich bin zwar keine Leuchte, aber ich habe einen guten Hausverstand und die neue Vorgesetzte hat mich auch schon bestätigt. Ich bin gar nicht so blöd, wie es bisher immer aussah.

Im weiteren Verlauf betont die Klientin die Veränderung, die sie spürt:

KL: Ich sage Ihnen eins: in der letzten Woche sind mehrere solche Sachen passiert. So habe ich z. B. meinem Freund die Meinung gesagt, daß er blöd geschaut hat.

Ich spüre, wie in der spontanen Freude über die Klientin auch ein Warnlicht im Hinterkopf aufleuchtet: „Aufpassen! Vielleicht fällst du jetzt auf den Wunsch der Klientin herein. Hat sie vielleicht gespürt, daß du ihr unbedingt wertschätzend leichter begegnen kannst, wenn sie stark und energisch ist?“ Aus meiner Eigentherapie weiß ich, daß das Thema „stark sein“ für mich ein wichtiges ist; und ich gehe davon aus, daß die Klientin dies auch gespürt hat. Ich nehme mir vor, auf diesen Aspekt besonders aufzupassen. Es ist für mich andererseits aber auch klar, daß sich die Klientin an die großen Schmerzen ihrer Kindheit nur heranwagen kann, wenn sie vorher auch ihre starke Seite entdecken und damit experimentieren kann. Momentan läuft der Prozeß auf dieser Ebene; die Gefühle, die mit dem Schwachsein, Ausgeliefertsein verbunden sind, können noch nicht direkt erlebt werden, noch kann die Klientin nur darüber reden.

Am Ende der Stunde spricht die Klientin noch von der sich verändernden Beziehung zu ihrem Sohn und den damit verbundenen Konflikten.

KL: Ich habe einmal geschworen, nur für das Kind zu leben und jetzt merke ich, wie mir auch noch anderes wichtig wird: mein Freund, meine Arbeit.

Die 42. Therapiestunde

Ich will hier ausführlichere Transkripte einfügen, weil diese Stunde zentral für das Verständnis der inneren Welt der Klientin und ihres Bezugsrahmens ist. Die ödipale Inzestkomplikation als ein zentrales Element in der Genese der Zwangsneurose wird hier sichtbar.

In der vorhergehenden Therapiestunde war das Hauptthema die Sexualität und die Schwierigkeiten der Klientin damit gewesen. Dabei hatte ich wieder die in der 30. Therapiestunde berichteten sexuellen Erfahrungen mit ihrem Vater im Alter von ca. 6 Jahren eingebracht. Dabei hatte ich starken Widerstand von Seiten der Klientin gespürt. Jetzt in der 42. Therapiestunde setzt sich dieser Widerstand fort. Sie beginnt die Stunde mit Schweigen und sagt schließlich, daß sie nicht wisse, wovon sie heute sprechen soll. Auf meine Frage, ob es möglich sei, daß dies auch etwas mit der vorhergehenden Stunde zu tun habe, bestätigt sie das:

KL: Ich habe schon viel über die letzte Stunde nachgedacht und da werde ich das Gefühl nicht los (lacht verlegen), daß Sie das nur so meinen, daß Sie das falsch verstehen. Ich denke dauernd, Sie haben mich mißverstanden.

TH: Und da ärgern Sie sich auch über mich: Der will mir da etwas unterschieben, was ich nicht mag.

KL: (Pause) Ich habe an das alles noch nie so richtig gedacht, bis Sie mich darauf gebracht haben. Aber ... , sicher habe ich eine ... so eine Unruhe dabei, ob das wirklich so ist, oder ob das einfach so gewesen ist und sich mein Vater nichts dabei gedacht hat und das alles nur mir so vorgekommen ist – so vom Gefühl her einfach und daß das praktisch weiter nichts war.

TH: So eine Unruhe, sagen Sie.

KL: Ja, es ist mir lästig, so wie Sie das ausdrücken, das paßt mir nicht.

TH: Mögen Sie da genauer hinschauen und sagen, wie es Ihnen da geht?

KL: (irritiert) Ich sehe es so – Sie und ich – als ob wir da meinem Vater ein Unrecht täten. Glauben Sie mir das?

Die frühen radikalen Formulierungen von Rogers zum Widerstand waren mir zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt: „... vielmehr ergibt er (der Widerstand) sich in erster Linie aus einer mangelhaften Technik, mit den Problem und Gefühlsäußerungen der Klienten umzugehen.“ (Rogers in Pfeiffer, 1987, S. 55). Aber ich weiß, daß meine deutenden Formulierungen in der vorangegangenen Stunde einen wichtigen Punkt getroffen haben. Ich denke an den Grundsatz: „Nie gegen den Widerstand arbeiten, nur mit ihm.“ Ich will schon mein „Dranbleiben“ beenden, da ich mich frage, ob ich zu drängend bin da geht die Klientin zu meiner Überraschung von selbst weiter. Sie beginnt Zusammenhänge, Fragen, Hypothesen, Gefühle von Zweifel und Verwirrung zu formulieren, die mit den damaligen Ereignissen in Vaters Bett zusammenhängen:

KL: Und ich, weil ich mich immer vor ihm schäme, muß dann in weiten Pullovern herumlaufen, weil ich mir denke: Hauptsache, er sieht nichts. Weil ... weil sonst würde er mich auch so komisch anschauen.

TH: So komisch anschauen ... ja ...

KL: Ja, ich will nicht, daß er mich sieht, er soll nicht sehen, wie ich ausschaue.

TH: Was soll er nicht sehen?

KL: (ärgerlich) Wie ich gemacht bin. Nichts, er soll überhaupt nichts sehen von mir. Er soll meinen, daß da drunter nichts ist, verstehen Sie?

TH: Vor seinen Blicken wollen Sie sich schützen. Das ist Ihnen ganz, ganz wichtig.

KL: (irritiert, ärgerlich) Sonst würde der schauen. Der ist mein Vater! Der soll nicht schauen!

Pause

KL: Der, ja ich weiß nicht ... da ... der ... ich kann mir nicht helfen ... vor dem kann ich nicht normal sein. Ich gehe an ihm immer so vorbei (macht eine vor der Brust schützende und gebeugte Haltung), ich kann nicht gerade vorbei gehen. Ich ziehe auch nie einen Rock an, wenn er im Haus ist. Ich will nicht, daß er mich sieht.

TH: Er darf nicht sehen. Was will er sehen? Es ist schwer darüber zu reden.

KL: Die Beine, die Brust. Ich, ich ... ich habe zu dem kein normales Verhältnis wie eine Tochter zum Vater. Der soll mich nicht sehen, der fotografiert mich so.

TH: So schaut kein Vater.

KL: Der schaut mich an, wie ein Mann, nicht wie ein Vater. (Stimme zittert)

TH: Das tut weh und Sie schämen sich, das alles sagen zu müssen.

KL: (nickt)

Pause

KL: (leise) Nicht Vaterblicke. Ich habe für meinen Sohn andere Blicke. (ärgerlich) Ich kenne die Blicke von Männern, aber nicht beim Vater dürfen sie sein, das macht mich verrückt.

Meine Schwester und er haben da eine ganz andere Beziehung, die ist ganz normal. Mit mir stimmt etwas nicht und mit ihm. Oder ich bilde mir alles nur ein und spinne total.

TH: Das ist völlig egal. Es kommt nur darauf an, ob Sie das so spüren. Wenn ja, dann ist es so. Sie können Ihren Wahrnehmungen vertrauen.

KL: So ein Gefühl habe ich. Ich hab es. Ich kann es nicht leiden, wenn er irgendwo herum ist.

TH: Sie fühlen sich von ihm weiterhin sexuell belästigt.

KL: Nein, nicht so. Aber ... aber schon ... die Blicke machen mich ...

TH: Ein Vater schaut nicht mit geilen Blicken.

KL: (ruhiger) Ja, und das verkrafte ich nicht. Was weiß ich!

TH: Deshalb verstecke ich mich als Frau überhaupt.

KL: Deshalb renn ich in weiten Klamotten herum.

TH: Deshalb will ich mein Geschlecht auslöschen und neutral werden. Weder das eine, noch das andere.

KL: Ja, Sie haben es erfaßt. (Pause) In den Blicken sehe ich auch immer so etwas, wie wenn er mich verdammen, nein nicht verdammen, als ob er mich beschuldigen möchte. So: Ja, ja, Weib! (verächtlich) Billig! Sünde! Dagegen wenn er nichts sieht, denke ich: So bist du wenigstens gerettet, bist nicht sündhaft, nicht schuldhaft. Ich weiß nicht, spinne ich total?

TH: Trauen Sie sich ruhig. Ich weiß, es ist schwer, dies über den eigenen Vater zu sagen. Ich spüre, wieviel Kraft Sie das kostet.

KL: (zornig) Ich brauche keinen Mann, ich brauche einen Vater! Ich habe nie einen gehabt, verstehen Sie? Ich habe nie einen Vater gehabt. Ich habe jemanden gehabt, der mich in den Nächten herumgetragen hat und mir tragische Lieder vorgesungen hat, daß ich vor Weinen halb verzweifelt bin, wo ich mich noch genau erinnern kann. (heftig) Und der hat mir nur immer gesagt, daß alles, was mit dem Leben und mit Freude und mit Körper zu tun hat, alles Sünde ist.

Ich spüre etwas von dem Schmerz und von der Trauer, die hinter dem Zorn und der Wut liegen, die heute zum Ausdruck kamen. Ich spüre, daß die Klientin hier an einem zentralen Punkt ihres Leidens, ihrer Inkongruenzen angelangt ist. Ich spüre den Impuls, die Klientin tröstend zu berühren, aber ich fühle mich wie festgenagelt in meinem Stuhl und ich habe das Gefühl, daß es irgendetwas damit zu tun hat, daß ich auch ein Mann bin.

Erlebensbereiche „Sexualität“ und „Wut/Aggression“, die in dieser Stunde gegenwärtig sind – das eine als Thema, das andere als begleitendes Gefühl – werden im psychoanalytischen Verständnis des Zwanges als zentral angenommen. Dies führt mich zu Momenten während der Stunde, in denen ich eine Art „Theoriebegeisterung“ empfand. Etwa so: „Ha, Lehrbuchreif! Jetzt hat sie’s, jetzt nur nicht locker lassen.“ Insgesamt ist für mich die Theorie im Kopf zwar sehr hilfreich für das „Verstehen“ aber eher störend für das „einfühlende Verstehen“. Ich bin mir während der Stunde manchmal unsicher, ob ich nicht überfordernd, zu drängend bin und die Auseinandersetzung der Klientin mit dem Thema „Sexualität–Vater“ zu sehr forcieren. Im nachhinein scheint mir aber, daß die Klientin selber sehr intensiv am Erleben blieb und ich sehr wenig dazutun mußte. Insbesondere überrascht mich im nachhinein, daß die Klientin den anfänglichen Widerstand so rasch überwand und sich in das Thema förmlich hineinstürzte – begleitet zwar von den zwangs-läufigen Schuldgefühlen. Überhaupt scheint mir im Prozeß dieser Stunde die persönliche Ausformung der Zwangsdynamik der Klientin und ihr Hintergrund an emotionaler Deprivation in der Kindheit deutlich beobachtbar.

Am Ende der Stunde bleibt mir ein warmes, liebevolles Gefühl der Klientin gegenüber, das aus dem Gefühl des Verstehens und Begreifens kommt.

Die 52. Therapiestunde

Die Klientin beginnt wieder über das Verhalten von S., ihrem jetzigen Freund, zu klagen und zu schildern wie sie unter seinem Verhalten leidet. Er und P., der Vater ihres Kindes, seien inzwischen gute Bekannte geworden und würden sich in gemeinsamen Gesprächen abfällig über sie äußern. Auch habe S. wieder einmal gesagt, daß er sie nicht besonders gerne habe – nur eben ein bißchen. Sowohl S. als auch P. hätten immer wieder gesagt, sie solle sich nicht an sie hängen. Überhaupt seien sich die beiden sehr ähnlich.

Ich werde immer ärgerlicher beim Zuhören. Sie wiederholt und untermauert ihr altes negatives Selbstkonzept, in dem sie grundsätzlich die Rolle des armen Opfers einnimmt. Ich empfinde es als „Rückfall“. Vom Verstand her weiß ich, daß das Thema „nicht geliebt werden“ eine ungeheuer schmerzvolle und lebensbedrohliche Erfahrung für die Klientin gewesen ist, und doch bin ich ärgerlich. Erst nach der Stunde glaube ich verstehen zu können, daß es das Jammern, das Sich-Beklagen ist, das sie vor der unmittelbaren Erfahrung des Schmerzes schützt.

KL: Und es hat bis heute keinen Menschen gegeben, der mich wirklich gern gehabt hat. Das ist einfach so und da kann man nichts machen. Immer habe ich die anderen lieber als sie mich.

TH: (etwas grob) *Sie* haben ihn sich ausgesucht.

Ich sage ihr, daß ich mich an nichts Positives erinnern könne, das sie jemals über S. gesagt habe. Sie habe immer nur von seinem demütigenden, gewalttätigen Verhalten und von seiner sexuellen Manie erzählt. Auch P. habe sie sadistisch gequält, nur vielleicht etwas grobschlächtiger als S.

TH: Auf die Typen, die Sie so sadistisch behandeln, auf die fahren Sie ab.

KL: Ich weiß auch wieso; weil ich es nicht verstehen kann, daß die mich nicht mögen. Das ist der Punkt, deshalb komme ich von denen nicht weg. Ich verstehe das nicht.

Ich sage ihr, daß dies ebenso auf das Verhalten der Mutter und des Vaters zutreffe, und versuche weiter, sie mit ihrem aktiven Beitrag im Wiederinszenieren der alten Verletzungen zu konfrontieren. Ich erlebe mich als sehr drängend.

KL: (mit Tränen in der Stimme) Und wenn er (ihr Freund S.) überhaupt nicht mehr kommt, dann ist eben total alles leer. Die Leere ist sowieso immer da.

Sie faßt sich wieder und spricht weiter. Wieder konfrontiere ich sie mit dem Dreieck Vater–P.–S. und frage sie, in was sich diese drei Männer ähnlich sind. Beim Abhören des Bandes hatte ich den Eindruck, daß ich sehr wenig klientenzentriert und sehr auf das Konzept in meinem Kopf konzentriert war. Während der Stunde spürte ich das nicht, da wollte ich in meinem Ärger unbedingt verhindern, daß die Klientin in weitschweifiges Lamentieren versinkt. Aber im nachhinein kommt mir der Gedanke, daß ich da vielleicht auch etwas auslebe, das die Klientin im Verhalten ihrer Partner beschreibt: ein sadistisches Quälen – hier natürlich unter therapeutischem Mantel. Dieser Gedanke muß vorbewußt in mir dagewesen sein, denn ich sage der KL, daß, wenn ich vom Vater spreche, ich starke Abwehr von ihrer Seite spüre. Sie sagt, daß das Thema „Vater“ sie quälen würde. Und gleich anschließend:

KL: (mit zittriger Stimme) Und trotzdem, ich muß Ihnen sagen, wie ich jetzt diese unsagbare Leere in mir spüre.

TH: Wie ist dieses Gefühl?

KL: Mir kommt so vor ... seit gestern die ganze Nacht, jetzt den ganzen Tag, wie wenn ich mich auf einmal in einer anderen Sphäre aufhalten würde. (Pause) Und kein Mensch ist ... (seufzt) und kein Mensch ist erreichbar. Ein tiefes Gefühl von Alleinsein und da kommt keiner hin. (Pause) Und wegen diesem Gefühl habe ich vor Jahren so viel gelitten und bin auch in die Psychiatrie gekommen. (Pause) Und da habe ich auch meinen Sohn gebraucht, um überhaupt weiterleben zu können. Ich merke, daß auch er mir nicht helfen kann.

Die Klientin sitzt zusammengesunken da, mit Tränen in den Augen. Ich spüre, daß da in ihr etwas Elementares, Ungeheures vorgeht, es ist fast im Raum und erschreckt auch mich – eine grenzenlose Einsamkeit. Ich stehe auf, hocke mich neben sie und berühre sie am Arm. Ich habe Schuldgefühle wegen meiner bisherigen harten Interventionen und möchte etwas gutmachen.

TH: Heute aber können Sie dieses Gefühl deutlich und gut sehen, damals hatte es keinen Namen.

Behutsam leite ich sie an, die kleine M. da vor ihr in ihrer Einsamkeit zu beschreiben und zu schildern, wie es ihr geht. Weinend, leise und mit langen Pausen schildert die Klientin, was sie spürt. Ich spreche sie auch auf die Vertrautheit seit vielen Jahren mit diesem einsamen Raum an und frage sie, was sie den Menschen (z. B. den Eltern), die früher an den Grenzen dieses Raumes gestanden haben, sagen möchte.

KL: Daß sie mich nie gemocht haben.

TH: Beide?

KL: Die Mutter war radikaler. Der Vater war autoritär, aber anders, so ... so komisch. So als ob er aus Schuldgefühlen nett wäre, als ob er sich zusammenreißen müßte. (Pause) Es ist der alte Schmerz – das, was mir der S. gestern gesagt hat: daß er mich nicht richtig gerne hat. Immer, wenn ich das höre, kommt mir vor, ich werde ganz klein.

TH: Winzig, ganz klein.

KL: Ja, ich sehe, wie wenn ich zusammenschrumpfen würde und ich kann mich nicht mehr wehren und dann kommt mir vor, ich werde ganz winzig klein und das ist so gewaltig, das Gefühl „ich werde nicht gemocht“ ... ich weiß nicht was tun. Heute und vor 5 Jahren und als ich Kind war, immer das Gleiche und ich werde halb verrückt vor Schmerz. So eine Ohnmacht, Hilflosigkeit, totale Verlorenheit. Das spüre ich. Und dann sehe ich mich nicht mit 29 Jahren, auch nicht jetzt, hier bei Ihnen, da sehe ich mich ganz klein, so wie ein Kind.

TH: (immer noch neben ihr und ihren Arm berührend) Was möchten Sie mir jetzt sagen, so ganz klein, so wie Sie sich jetzt fühlen?

KL: (leise) Ich weiß nicht ... da weiß ich nichts mehr. Heute kann ich wenigstens darüber reden. So ganz fassungslos werde ich wie wenn ich irgendwo wäre ... ja sicher ... so fassungslos. So ist das. (Weint leise)

(Pause; TH berührt sie weiter am Arm und nimmt ihre Hand)

TH: Fassungslos, unglaublich.

KL: Ja, ich kann's nicht glauben. Es ist keine konkrete Reaktion da, so ein Hinnehmen ist da. Eben so ... so fassungslos. Ich kann nichts tun.

Am Ende der Stunde mache ich der Klientin noch den Vorschlag, zu dem kleinen Mädchen nochmals hinzugehen und ihr noch etwas zu sagen und/oder zu tun. Sie nimmt es in den Arm. Es entwickelt sich mit meiner Unterstützung noch ein Spüren und Abwägen mit den Worten „ich mag dich“ und „ich verstehe dich“. Das letztere kommt klar zum Vorschein und die Klientin kann es deutlich sagen – auch im Unterschied zu früher.

Ich bin erstaunt, wie sehr eine therapeutische Beziehung, wenn sie, einmal tragfähig geworden ist, auch Fehler des Therapeuten vertragen kann: mein Gedrängele, Geschubse (noch dazu vielleicht in die falsche Richtung) und Wegabschneiden hat nicht verhindern können, daß die Klientin schließlich in Kontakt mit ihrem unmittelbaren Erleben, mit ihren erschreckenden Gefühlen kommen, sie beschreiben, ausdrücken und in ihren Zusammenhängen sehen konnte. Auf der Prozeßskala hält sie sich am Ende der Stunde im obersten Bereich in allen Funktionen auf.

Gesamtbewertung

Allgemeine Überlegungen

a) Zu allererst steht hier die Frage nach den Zielvorstellungen an, die der klientenzentrierte Psychotherapeut für seine Klientin im Auge hat. Es scheint dies ein Widerspruch zu der Aussage zu sein, daß nur der Klient selber sein Entwicklungsziel bestimmen darf/kann, da er allein wissen kann, was für ihn gut ist. Ich stimme aber mit Sachse (1986) überein, der meint, daß Therapeuten in hohem Ausmaß Klientenprozesse steuern und beeinflussen und daß die Annahme, die Selbstaktualisierungstendenz alleine führe den Klienten zu seinen Entwicklungszielen, nicht gerechtfertigt ist. Ich meine, daß je früher und umfassender die Störungen/Kränkungen sind, an denen der Klient leidet, desto häufiger auch vom Therapeuten eine aktive, stützende, richtungsweisende Haltung verlangt ist.

Der klientenzentrierte Ansatz formuliert als Ziel: Der Klient soll dazu gelangen, zu sich selbst die gleiche Beziehung aufzubauen, wie sie der Therapeut ihm anbietet (empathisch, wertschätzend, kongruent), d. h. er soll Inkongruenzen (innere Spannungen) abbauen bzw. verleugnete/verzerrte Erlebnisbereiche in sein Selbstkonzept integrieren und den sich in ihnen äußernden Bedürfnissen Geltung verschaffen können. Dazu bedarf es der Klärung des inneren Bezugssystems, d. h. der Klient soll größere Klarheit über eigene Gefühle, gefühlte Bedeutungen, Verhaltensweisen, Zusammenhänge und auch über die Beweggründe seines Handelns und Fühlens erreichen. Insgesamt geht es also um eine Erweiterung des Selbstkonzeptes. „Innerhalb des Gesprächstherapiemodells kann eine Wirksamkeitsprüfung (deshalb) nicht an Therapiezielen erfolgen, die über eine Betrachtung der Veränderung der Beziehung, die der Klient zu sich selbst, hinausgeht.“ (Biermann-Ratjen et al., 1981, S. 48). Und:

„Beide, Therapeut und Klient, können also die Frage, ob eine Veränderung durch Psychotherapie erfolgt ist oder nicht, beantworten durch ihr Gefühl.“ (Biermann-Ratjen, 1985, S. 110).

Hinzufügen möchte ich noch eine für mich persönlich wichtige Aussage in diesem Zusammenhang: „Der Weg ist das Ziel.“ Dabei verstehe ich „Weg“ als Prozeß. Dies meint wohl auch der Satz von Biermann-Ratjen et al. (1981, S. 12): „Im therapeutischen Prozeß ist nicht so sehr das Gelingen der therapeutischen Beziehung das therapeutische Agens, sondern das ständige aktive Bemühen des Therapeuten um diese therapeutische Beziehung.“

b) Im Sinne der Prozeßdiagnose und auch mitbedingt durch meine relative Unerfahrenheit habe ich erst allmählich die Tiefe und das Ausmaß der psychischen Problematik der Klientin gesehen. Dies löste dann auch Befürchtungen/Ängste im Hinblick auf meine Kompetenz aus. Besonders das so stark negative Selbstkonzept und der Anspruch, auch damit unbedingt wertschätzend umzugehen, bereitete mir oft Schwierigkeiten. Ich versuchte meinen Ängsten auch dadurch zu begegnen, indem ich nach theoretischen Erklärungsmodellen suchte. Rogers (1983, S. 48) sagt: „Akzeptieren bedeutet wenig, solange es nicht Verstehen enthält.“ Und Verstehen ist nun einmal nicht nur ein emotionales Geschehen (einführendes Verstehen), sondern auch ein kognitives. Mir gefällt gut die Differenzierung zwischen „begreifen“ (italienisch: *comprendere*) und „verstehen“ (italienisch: *capire*; wobei *capo* = Kopf).

Hilfreich waren dabei für mich Überlegungen verschiedener Autoren zur Frage, inwieweit „Verstehen“ des Klienten eine wichtige Voraussetzung für Empathie ist bzw. inwieweit „Verstehen“ auch auf theoretisches Wissen, spez. auf Wissen über entwicklungspsychologische Gesetzmäßigkeiten, angewiesen ist – besonders wenn es sich um frühgestörte Klienten handelt. [...]

In der psychiatrischen Literatur wird der Zwangsneurose eine ungünstige Prognose zugeschrieben. Ich kann für mich sagen, daß die psychoanalytischen Konzepte zur Zwangsneurose mir einerseits Sicherheit und Orientierungshilfe gaben und Angst nahmen, andererseits ich aber deutlich die andere Seite spürte: die Gefahr, diese Konzepte der Klientin überzustülpen, ihre Mitteilungen nur anhand der theoretischen Kategorien zu lesen, ev. Deutungen nicht im Sinne von Bearbeitungsangeboten zu geben, sondern als Fakten zu setzen, an den Inhalten kleben zu bleiben und die emotionalen Bedeutungsgehalte zu vernachlässigen – d. h. also, den Boden des klientenzentrierten Konzeptes zu verlassen. Es gab beim Abhören der Bänder Momente, wo ich innerlich aufstöhnte über soviel Nicht-Klientenzentriertheit.

Prozeßanalyse

a) Wenn ich zurückschaue auf den Prozeß, den die Klientin und ich in diesen zwei Jahren durchlaufen haben, so habe ich das Gefühl, daß sie mich mitgenommen hat auf einen Weg, der begonnen hat in einer unübersichtlichen, dunklen Landschaft, in der ungeschlachte Felsbrocken wirr herumliegen und jede Sicht versperren. Allmählich entdecken wir Formen, Farben, Gestalten in diesen Klötzen. Das Betrachten, Beleuchten, Umrunden, Ersteigen, Betasten einzelner eröffnet Ausblicke auf die Landschaft. Anordnungen, Muster, Ähnlichkeiten Zusammengehörigkeiten, Gesetzmäßigkeiten, Unterschiede, Bedeutungen werden sichtbar.

Langsam führt der Weg hinaus in eine beängstigende, leere Wüste. In dieser Wüste gibt es nur eine Möglichkeit, dem Verrücktwerden zu entgehen: der zwanghafte Kampf mit Gott in der Vertikalen, denn in der Horizontalen der menschlichen Beziehungen war einmal nichts und ist heute nur wenig. Am Rande dieser Wüste stehen wir heute und reden über sie. Die Klientin zögert weiterzugehen. Ausgerüstet ist sie mit einem Überlebenswillen, dessen sie sich gar nicht bewußt ist, mit Kraft, die sie sich auf dem gemeinsamen Weg bisher geholt hat, mit dem Wissen um meine Begleitung und mit der schwachen Hoffnung (und der Angst), daß es irgendwo vielleicht wirklich ein neues Land geben wird.

Oft kehrt sie um und geht zurück in das vertraute Labyrinth der konkreten großen Felsen. Dann spüre ich manchmal Ärger und Ungeduld, aber manchmal bin ich auch ängstlich und habe Zweifel an meinen Fähigkeiten und Kräften angesichts dieser Drohung der Leere. Ich bewundere sie aber auch und staune über ihre zähe Kraft. Sie ist aber insgesamt stärker geworden und vielleicht wird eine Durchquerung der Wüste möglich oder zumindest denkbar, vielleicht auch nicht, vielleicht braucht sie dafür einen anderen Begleiter als mich.

TH: (43. Stunde) Und obwohl ihre Eltern sie nicht gewollt haben und obwohl sie Sie nicht geliebt haben und obwohl Sie nicht die sog. körperlichen Idealmaße haben und obwohl Sie bedroht werden – trotzdem leben Sie. Trotzdem. Trotz alledem. Welche Lebenskraft!

KL: (lacht) Ja! Trotzdem, trotzdem! Das merk ich mir: trotzdem.

b) Dies führt mich weiter zu meiner Person und meiner Eigentherapie. In meiner Geschichte war wenig Raum für Kind-sein-Dürfen, und da steht diese Klientin vor mir und muß und will ausgiebig Kind sein. Ich spürte da

oft das schiere Gegenteil von unbedingter Wertschätzung und sah, wie ich z. B. aggressive Gefühle elegant in die sog. Ergänzungsvariable „Konfrontation“ (Minsel, 1974) verpackte. Besonders die öfter weinerlich-klagende Tonlage ihrer Stimme und ihr oft schlaffer Händedruck lösten solche Gefühle in mir aus. Ohne die theoretischen Hilfsinstrumente, die mir ermöglichten, besser zu verstehen, welches Kind diese Klientin einmal gewesen war, und ohne die Einzel- und Gruppenstunden in meiner Eigentherapie und ohne vielfältige Selbsterfahrung in verschiedenen Seminaren hätte ich mich von „einfühelndem Verstehen“, von „unbedingter Wertschätzung“ und von „Kongruenz“ wohl immer weiter entfernt.

c) Mit meiner Ungeduld hat mich die Klientin konfrontiert, mit meinem „Resultate und Fortschritte sehen wollen“, mit meiner eigenen oft strengen, lieblosen, ungeduldigen Haltung mir selber gegenüber. Der Fuchs sagt zum Kleinen Prinzen: „Die Menschen haben keine Zeit mehr, irgendetwas kennenzulernen. Sie kaufen sich alles fertig in den Geschäften.“ Auch ich schielte und griff öfter nach den sog. erlebnisaktivierenden Methoden aus dieser Stimmung heraus.

d) Es gab Momente, da habe ich gefühlt, daß eine Begegnung stattgefunden hat bzw. angeklungen ist [...], und da habe ich mich erinnert gefühlt an das Bild von Rogers, in dem „sowohl der Klient wie ich am Ende der Stunde wie aus einem tiefen Brunnen oder Tunnel auftauchen“ (Rogers, 1983, S. 200). In diesen seltenen Momenten hatte ich nach der Stunde das Gefühl, reicher und schwerer geworden und der Klientin dankbar zu sein. Überhaupt sehe ich, daß mich über diese zwei Jahre der Arbeit mit der Klientin ein Gefühl begleitet hat – manchmal deutlich, manchmal leise, manchmal war es still – das ich Klienten gegenüber bisher noch nie in dieser Deutlichkeit wahrgenommen habe: ein Gefühl des Respektes und der Hochachtung. Ist es nicht unglaublich, welche Kraft und Stärke Klienten im Laufe ihrer Geschichte oft zeigen in ihrem Überlebenswillen auch unter lebensfeindlichen Bedingungen? Ich finde, daß diese meine Klientin eigentlich eine Heldin ist.

e) Inhaltlich sehe ich im Erleben der Klientin folgende Schwerpunkte:

1. Nicht akzeptiert/geliebt werden
2. Verzweiflung, Angst, Schmerz, Leere
3. Enttäuschung, Zorn, Wut, Haß, Aggression
4. Sich selbst bestrafen, quälen; Scham
5. Ekel, Verachtung
6. Großes Bedürfnis, doch noch Zuwendung und Liebe von den Eltern zu bekommen
7. Angst und Weigerung, erwachsen zu werden

In den geschilderten sechs Therapiestunden sind außer Punkt 5 alle Themenbereiche angeklungen. Am ausführlichsten wurde im Laufe des Prozesses mit den Themen 1/2/3/4 (im Sinne einer Integrierung ins Selbstkonzept) gearbeitet. Dabei fiel mir selbst am leichtesten die Arbeit mit den Punkten 3/7 – da war auch Vergnügen dabei. Zu den Punkten 4/5/6 spürte ich am wenigsten emotionalen Zugang – da stehen Fragezeichen herum. Bei der schwarzen Tiefe der Punkte 1/2 wurde mir manchmal selber bang und der Blick hinunter war manchmal schwer auszuhalten.

Wahrscheinlich habe ich bisher die Arbeit der Klientin mit den Punkten 3/7 ermutigt und sehr gefördert, jene mit den Punkten 4/5/6 weniger und behindert habe ich vermutlich die Konfrontation mit den Themen 1/2. Ich denke, daß ich im Umgang mit meinen depressiven, schwachen Teilen noch einigen Weg vor mir habe und ich deshalb die Klientin auch nicht so weit begleiten konnte, wie sie es gebraucht hätte. Momentan spüre ich da für mich eine Grenze.

f) Die Klientin selbst hat bisher bei mehreren Anlässen geäußert, daß es für sie deutlich ein „vor der Therapie“ und ein „seit der Therapie“ gebe. Letzteres sei vor allem durch mehr Sinn, Bedeutung, Verstehen gekennzeichnet – das „Vorher“ sei etwas Bedrohliches, Unverständliches, Chaotisches gewesen, das sie von außen überfallen hat.

g) Ich sehe, daß „unbedingte Wertschätzung“ mir spontan leichter fällt, wenn die Klientin ihre starke, energische, zornige Seite zeigt. Es war für mich der wesentlichste Teil des Therapieprozesses, diese Tatsache im Auge zu behalten und nicht zu sehr in den Vordergrund treten zu lassen (nach dem Mechanismus: „Wenn du zu schwach bist, dann mußt du eben stärker werden.“). Andersherum ausgedrückt: Ich habe Vertrauen entwickeln müssen in mich, in die Klientin und in unsere Beziehung, um ihr erlauben zu können, sich in ihrer kindlichen Bedürftigkeit zeigen zu können und ihr in mütterlicher Weise beizustehen. Ich habe die Angst abbauen müssen, daß ich durch Zulassen dieses Teils ihr von Anfang an so stark demonstriertes negatives Selbstkonzept noch verstärken könnte. Am deutlichsten ist dieser Prozeß sichtbar geworden am langsamen Einbringen der zentralen

Zwangsthematik. Dies war für die Klientin sehr stark mit Scham besetzt. Erst als nach fast 50 Stunden der größte Teil dieser Scham und die damit verbundene Angst, dafür abgelehnt zu werden, erlebt werden konnten, war ein bedeutender Schritt im Prozeß getan: das schreckliche Geheimnis war ausgesprochen und sie wurde nicht verstoßen und die Scham wurde verstanden und durfte sein.

Ich habe mich in der Arbeit mit der Klientin überhaupt öfter an die Funktion des „Beichtvaters“ in der katholischen Religion erinnert (provziert durch die religiöse Thematik der Klientin): Die Sünden dürfen ausgesprochen werden, sie werden aufgenommen und transformiert und verstärken so die Beziehung zu Gott – bzw. in der psychologischen Terminologie die Beziehung zu sich selbst. Besonders durch die Definition bestimmter emotionaler Erregungszustände als „Besessenheit von einem bösen Geist“ legte mir die Klientin die Rolle des Exorzisten nahe. Hätten wir hier das entsprechende gemeinsame Weltbild, den gleichen konzeptuellen Rahmen [...] gehabt, so wären unsere respektiven Rollen eben entsprechend benannt gewesen.

Die Klientin war jedesmal sehr dankbar, wenn ich in bestimmten Situationen den begrifflichen Rahmen der katholischen Religion benutzte bzw. seine Verwendung als eine Möglichkeit andeutete. Ich glaube, daß größere Gemeinsamkeiten in diesem weltanschaulichen Bereich insgesamt hilfreich gewesen wären.

h) Heute steht die Therapie in der 65. Stunde. Ein wichtiges Thema ist z. Z. das Verlassen des Elternhauses. Die Zwangssymptomatik tritt noch ab und zu aber in abgeschwächter Form auf – besonders in Zeiten, in denen sich die Klientin sehr einsam fühlt.

In der letzten Stunde hat die Klientin gefragt, ob in Zukunft die Therapiestunden in 14tägigem Abstand sein können. Das Thema „Abschied/Trennung“ war bereits mehrere Male angesprochen worden.

KL: ... und wenn ich früher Ihre beiden Hände gebraucht habe, dann glaube ich, daß ich jetzt nur noch ein paar Finger brauche.

Literatur

Biermann-Ratjen, E.-M. (1985). Wo bleibt die kindliche Entwicklung in der Gesprächspsychotherapie? GwG-info 59 (Juli)

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1981). Gesprächspsychotherapie. 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Hart J.Z. & Tomlinson, T.M. (Hrsg.) (1970). New directions in client-centered therapy. Boston

Minsel, W.R. (1974). Praxis der Gesprächspsychotherapie. Graz

Pfeiffer, W.M. (1987). Der Widerstand in der Sicht der klientenzentrierten Psychotherapie. GwG-Zeitschrift 66 (März)

Rogers, C.R. (1983). Entwicklung der Persönlichkeit (Original 1961)

Beispiel 15.1: Gestalttherapie bei Mutter-Tochter-Konflikt

Das Fallbeispiel einer 31-jährigen Frau mit einem Mutter-Tochter-Konflikt verdeutlicht:

- wie Perls einen Traum als Ausgangsbasis für die gestalttherapeutische Intervention verwendet,
- die therapeutische Arbeit an dem gestörten Kontakt zum eigenen Erleben (v. a. Projektion und Retrofektion).

Das Fallbeispiel bezieht sich auf die Abschnitte:

- 15.2 Gestalttherapeutische Grundkonzepte
- 15.3 Gestalttherapeutische Intervention

Quelle

Polster, M. & Polster, E. (1983). *Gestalt-Therapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag (S. 251–255).

Mit freundlicher Genehmigung.

Eine gute Illustration dafür, wie sich Projektion und Kontaktreichtum vermischen, besteht darin, anhand einer von PERLS eigenen Traumarbeiten zu zeigen, wie er selbst sowohl mit Kontakt als auch mit Projektion arbeitete. Hier folgt Jeans Traum. Der Traum beginnt in der New Yorker U-Bahn, wo die Träumerin eine schmutzige, schlüpfrige abschüssige Stelle entdeckt, die in die Erde hineinführt. Jeans Mutter – sie ist tot – ist bei ihr, und Jean baut aus einem Pappkarton einen Schlitten und rutscht mit der Mutter hinter ihr das starke Gefälle hinunter.

PERLS beginnt die Traumdurcharbeit mit ein paar Bemerkungen, die Jean sowohl informieren als auch hinsichtlich des Zwecks der Traumarbeit ermutigen. „Jean, würden Sie den Traum noch einmal erzählen? Leben Sie ihn durch, als wäre er Ihre eigene Existenz; wollen sehen, ob Sie dann mehr von Ihrem Leben verstehen.“ Als Jean ihre Angst beim Hinuntergleiten ausdrückt, fordert PERLS sie auf, zu dem steilen Abhang zu sprechen, wobei er sie *in Kontakt mit der Traumumwelt* bringt, anstatt diese nur als Projektion zu behandeln. Dann verwendet er die projektiven Möglichkeiten des Traums, indem er sie auffordert, den steilen Abhang zu spielen, woraufhin sie diese Projektion bald als ihre eigene akzeptiert; sie erfährt ihre eigene Schlüpfrigkeit. Zwar versucht sie dies ein wenig durch Gelächter zu leugnen, doch im großen und ganzen scheint es ihr nicht viel auszumachen, eine schlüpfrige Person zu sein. Als Jean sich durch ihren Traum bewegt und den Pappkarton entdeckt, läßt PERLS sie diesen Karton spielen, wobei sie einen ihrer Werte ausdrückte – sie kann nützlich sein, obwohl sie wie etwas Überflüssiges erscheinen mag. Aber sie beginnt, ihren Wert zu untersuchen, und wird sich bewußt, daß sie nur „zerdrückt und zerquetscht“ werden will. Indem PERLS sie auffordert, dies zu wiederholen und es auch der Gruppe mitzuteilen, steigert er ihre Selbstbewußtheit und bringt sie in *Kontakt mit den anderen Anwesenden*. Beim Sprechen macht sie eine schlagende Geste, und PERLS fragt sie, auf wen sie einschlägt, wobei er ihre Kette von retroflekterter Verdrängung und Zorn anspricht. Als Jean erwidert, sie schlage sich selbst, geht PERLS über die Retrofektion hinaus – er fragt sie, wen sie sonst noch schlägt – und bringt sie in *Kontakt mit dem äußeren Ziel ihres Zorns* – ihrer Mutter – und macht ihr ihr frustriertes Bedürfnis bewußt, selbst verantwortlich für ihr eigenes Leben zu sein. „Mutter, ich krache auf dich nieder (aua)! Ich werde mit dir Schlitten fahren, anstatt mich von dir herumkommandieren zu lassen. (Sie schreit) *Ich fahre mit dir Schlitten!*“ PERLS reagiert mit seiner eigenen Wahrnehmung ihrer Aussage und benutzt den *Kontakt zwischen sich selbst und Jean* als wesentlichen Aspekt der Interaktion. „Ich hatte den Eindruck, es war *zu viel*, um überzeugend zu sein.“ Indem er hier seine eigene Wahrnehmung mit einbezieht, artikuliert er die unausgesprochene, aber immer noch einflußreiche Angst, die Jean vor ihrer Mutter hat. Er fordert Jean auf, zu ihrer Mutter zu sprechen, und sie sagt: „Mama, ich habe *immer noch* Angst vor dir, aber ich werde trotzdem über dich verfügen.“ Das ist *Kontakt*, der in ihrer Bewußtheit verwurzelt ist, und keine Projektion. Sie ist sich ihrer Angst bewußt, aber sie will sich weiterentwickeln: ein deutliches Beispiel dafür, wie konzentrierte Bewußtheit zur Aktion führt.

Im weiteren Verlauf weist PERLS Jean darauf hin, daß sie es vermeidet, ihre eigenen Beine zu benutzen, daß sie sich auf den Pappkarton und die Schwerkraft verläßt, um sie fortzubewegen. Er fragt sie, was sie dagegen hat, Beine zu besitzen, und Jean erkennt, daß es zwar ihre Mutter war, die ihr nicht

gestattete, auf eigenen Füßen zu stehen, daß sie jedoch dies übernommen und auch weiter geführt hatte, auch nachdem ihre Mutter gestorben war. PERLS fordert Jean auf, zu ihrer Mutter zu sprechen, nicht als Kind sondern als 31 Jahre alte Frau.

Jean: Ich kann jetzt auf eigenen Füßen stehen. Ich kann alles machen, was ich machen *will*, und ich kann wissen, was ich machen will. Dich *brauche ich nicht*. Tatsächlich warst du noch nicht einmal da, wenn ich dich *wirklich brauchte*. Warum bist du also immer noch da?

Perls: Können Sie ihr auf Wiedersehen sagen? Können Sie sie begraben?

J.: Jetzt kann ich es, da ich am Fuße des Abhangs bin, und wenn ich dort ankomme, dann stehe ich auf. Ich stehe und gehe an diesem herrlichen Platz spazieren.

P.: Können Sie zu Ihrer Mutter sagen: „Auf Wiedersehen Mutter, ruhe in Frieden“?

J.: Ich glaube, ich habe das in dem Traum getan. Auf Wiedersehen, Mutter – auf Wiedersehen.

PERLS bringt sie dazu, die unerledigte Situation mit ihrer Mutter zu vollenden, und dieser Kontakt bewirkt, daß sie weinen kann, denn nur im Kontakt kann die wirkliche Stimulation auftreten.

Perls: Reden Sie, Jean. Das ist großartig, wenn Sie zu Ihrer Mutter sprechen.

J.: Wiedersehen, Mama. Du mußtest tun, was du getan hast. Du wußtest es nicht besser. Es war nicht dein Fehler, daß du erst drei Jungen geboren und dann mich bekommen hast. Du wolltest noch einen Jungen, und du wolltest mich nicht, und du fühltest dich so schlecht, als du erfährst, daß ich ein Mädchen war. Du wolltest es mir nur wieder gutmachen – das ist alles. Du brauchtest mich nicht zu erdrücken. Ich vergebe dir, Mama. Ruhe in Frieden. Mama ... jetzt kann ich gehen. Sicher, ich kann gehen.

P.: Sie halten immer noch den Atem an, Jean.

Es ist wichtig, auf den Körper des Träumers zu achten, denn das Anhalten des Atems würde ihre Empfindung neutralisieren und ihre persönliche Mobilität stören.

J.: *(Pause)* „Bist du wirklich sicher, Jean?“ Mama, laß mich gehen ...

P.: Was sagt sie?

J.: „Ich *kann* dich nicht gehen lassen.“

P.: Nein, Sie sagen das jetzt zu Ihrer Mutter.

Hier hilft ihr PERLS, ihre Projektion aufzuheben, und veranlaßt sie, mit dem Prozeß des Festhaltens sich zu identifizieren, anstatt dies nur ihrer Mutter zuzuschreiben.

J.: Ich kann dich nicht gehen lassen?

P.: Halten Sie sie – Sie haben die Kontrolle.

J.: Mama, ich kann dich nicht gehen lassen. Ich brauche dich. Nein. Ich brauchte dich *nicht*.

P.: Aber Sie vermissen sie immer noch, oder?

J.: Ein wenig. Irgend jemand ist da. Was wäre, wenn niemand da wäre? Was wäre, wenn alles leer wäre? Und dunkel? Es ist alles leer und dunkel – es ist herrlich. Ich lasse dich gehen. Ich lasse dich gehen, Mama. *(Leise)* Bitte, geh ...

Bei diesem Durcharbeiten tat Jean den ersten Schritt, um die Projektionen hinsichtlich ihrer Mutter aufzuheben. Sie erkannte bis zu einem gewissen Grad ihre eigene Abneigung, sich von ihrer Mutter zu befreien, und entdeckte, daß der klimaktische Kontakt mit ihrer Mutter – das Abschiednehmen – eine Lücke in ihrem Leben hinterließ, welche sie, zumindest für den Augenblick als beängstigend, aber herrlich erfahren konnte.

Beispiel 15.2: Was ist Gestalttherapie?

Das Fallbeispiel eines Interviews mit Perls verdeutlicht:

- wie Gestalttherapie ablaufen kann, indem er seine Interviewpartnerin auffordert, seine Patientin zu spielen;
- den „Gestalt-Dialog“, d. h. den Wechsel zwischen Unterstützung und Konfrontation unter Einbezug des aufkommenden Abwehrverhaltens.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 15.3 Gestalttherapeutische Intervention

Quelle

Doubrawa, A. & Doubrawa, E. (2003). Erzählte Geschichten der Gestalttherapie. Gespräche mit Gestalttherapeuten der ersten Stunde. Wuppertal: Peter Hammer Verlag (S. 11–21).
Mit freundlicher Genehmigung.

Adelaide Bry: Dr. Perls, was ist Gestalttherapie?

Fritz Perls: All das Diskutieren, Reden und Erklären erscheint mir unwirklich. Ich hasse es, zu intellektualisieren, Sie nicht?

Bry: Manchmal, aber ich möchte Sie interviewen. Ich würde gerne etwas über Gestalttherapie erfahren. Also ...

Fritz: Lassen Sie uns etwas anderes versuchen. Sie sind die Patientin. Seien sie echt, keine Intellektualisierungen mehr.

Bry: Nun gut, wenn Sie meinen, versuch ich's. Ich versuche, die Patientin zu sein. Also, was ich sagen würde ist folgendes: „Dr. Perls, mein Name ist Adelaide, und ich komme zu ihnen als Patientin. Ich bin depressiv und ich habe diese körperliche Angst vorm Fliegen. Meine Hände werden feucht und mein Herz schlägt schneller.“ – Was nun?

Fritz: Innerhalb von fünf Minuten werde ich Sie von Ihrer körperlichen Flugangst befreien.

Bry: Oh, wirklich? Sehr gut. Wie wollen Sie das anstellen?

Fritz: Schließen Sie Ihre Augen. Steigen Sie in das Flugzeug. Vergegenwärtigen Sie sich, dass sie nicht in einem richtigen Flugzeug sitzen, es geschieht nur in Ihrer Phantasie. Die Phantasie wird Ihnen helfen zu sehen, was Sie beim Fliegen erleben.

Bry: Mein Herz beginnt, schneller zu schlagen ...

Fritz: Lassen Sie Ihre Augen geschlossen ...

Bry: Gut.

Fritz: Ihr Herz beginnt, schneller zu schlagen, ... erzählen Sie weiter.

Bry: Ich sehe den Rücken des Piloten da vorne, und ich bin mir nicht sicher, ob er der Situation gewachsen ist.

Fritz: Gut. Stehen Sie auf und sagen ihm das.

Bry: Ich tippe ihm auf die Schulter. Er dreht sich um. Ich sage: „Halten Sie die Straße im Auge?“ Er stößt mich weg und ich gehe zurück auf meinen Platz.

Fritz: Gehen Sie nicht zurück auf Ihren Platz. Wechseln Sie den Platz. Sie sind jetzt der Pilot. [Dr. Perls bat mich, mich auf einen Stuhl gegenüber von meinem zu setzen. Bei jedem Rollenwechsel wechselte ich auch den Platz.]

Bry: Ich bin der Pilot. Was macht diese Frau hier, sie stört mich. Verlassen Sie das Cockpit und kehren Sie auf Ihren Platz zurück. Ich weiß was ich tue.

Fritz: Ich glaube Ihrer Stimme nicht. Achten Sie auf Ihre Stimme.

Bry (als Pilot): Entschuldigen Sie bitte, es tut mir leid, es tut mir wirklich schrecklich leid, aber wir wissen, wie man dieses Flugzeug fliegt. Würden Sie bitte zu Ihrem Platz zurückgehen. Alles ist in bester Ordnung und völlig unter Kontrolle.

Fritz: O. K., wie heißen Sie, Adelaide? – Adelaide.

Bry (als Adelaide): Ich möchte ja zu meinem Platz zurückgehen, aber ich bin so aufgebracht über dieses Flugzeug; ich mag es nicht, vom Boden abzuheben. Ich mag es nicht, in zehntausend Metern Höhe zu sein, das ist unnatürlich.

Fritz: O. K., jetzt sind Sie die Autorin; schreiben Sie das Script.

Bry (als Pilot): Hören Sie, wir tun unser Bestes, wir sind auch Menschen. Sehen Sie, dieses Flugzeug kostet fünf Millionen Dollar und wurde von Pan American geprüft. Wenn es etwas gibt, das wir mögen, dann ist das Geld. Jedes Mal wenn ein Flugzeug abstürzt, verlieren wir Geld, und wir verlieren Leute. Das ist sehr schlecht für unser Ansehen, und wir tun alles Erdenkliche, um dieses Flugzeug in der Luft zu halten. Wenn wir hin und wieder einen Fehler machen – mein Gott – das kommt eben vor, und in dieser Welt muss man eben manchmal was riskieren. Bis jetzt hatten wir noch keinen einzigen Transatlantikunfall. Ist Ihnen das klar?

Bry (als Adelaide): Aber ich – wenn mir die Reise nach London zum Verhängnis wird, wenn ich mitten über dem Atlantik abstürze. Aber, naja, ich würde nicht alt werden, mir würden eine Menge schrecklicher Dinge erspart bleiben; vielleicht wäre es gar nicht so schlimm.

Bry (als Pilot): Hören Sie, gute Frau, das ist keine Art, die Dinge zu sehen, wenn man Urlaub macht. Das ist total töricht.

Fritz: Sagen Sie das nochmal.

Bry (als Pilot): Sie sind völlig bescheuert, total dumm ... töricht, töricht, töricht, töricht, verdammt nochmal. Ich verdiene damit mein Geld; selbst wenn ich im Jahr fünfzigtausend verdiene – ich kann was anderes machen. Jeden Tag – nein, nicht jeden Tag aber vierzehn Tage lang jeden Monat verdiene ich hier mein Geld und sie sind eine törichte Frau.

Bry (als Adelaide): Ich weiß bereits, dass ich blöd bin. Das war ein Scherz, ich weiß, dass ich dumm bin. Wissen Sie – ich muss es erzählen – ich habe sogar Flugstunden genommen. Ich habe Flugstunden genommen, um etwas gegen die Angst zu unternehmen, in kleinen Piper Cubs. [A. d. Ü.: „Piper Cub“ ist eine kleine amerikanische Propellermaschine.]

Fritz: Erzählen Sie das nicht mir ...

Bry (als Pilot): Piper Cubs, oh, Piper Cubs, ja? Piper Cubs, das ist wohl ein Scherz. Sie befinden sich in einer Boeing 707, Piper Cubs. Die beiden haben nichts miteinander zu tun. Ich schlage vor, dass Sie wieder auf Ihren Platz gehen und mich hier arbeiten lassen ...

Fritz: Ich schlage etwas anderes vor. Übernehmen Sie das Flugzeug. Setzen Sie sich auf den Pilotensitz.

Bry (als Adelaide): Oh, großartig. Ich liebe es, die Dinge unter Kontrolle zu haben.

Fritz: Erzählen Sie das nicht mir, sagen Sie ihm das.

Bry (als Adelaide): Hören Sie zu. Mit nur einer Hand fliege ich die Maschine noch besser als Sie. Es gibt hier ein paar kleine Details und technische Feinheiten, die Sie kennen, aber ich könnte das in ein paar Monaten lernen. Ich bin intelligent genug dafür; setzen Sie sich zurück auf meinen Platz und lassen Sie mich das hier machen.

Fritz: Sagen Sie das nochmal: „Lassen Sie mich das hier machen.“

Bry: Lassen Sie mich das hier machen.

Fritz: Nochmal.

Bry: Lassen Sie mich das hier machen.

Fritz: Sagen Sie es mit Ihrem ganzen Körper.

Bry: Lassen Sie mich das hier machen.

Fritz: Jetzt sagen Sie es zu mir: „Fritz, lassen Sie ...“

Bry: Fritz, lassen Sie mich das hier machen.

Fritz: Nochmal.

Bry: Lassen Sie mich das hier machen.

Fritz: Haben Sie etwas gelernt?

Bry: Ja, das bin ich – leider.

Fritz: Das war ein kleines Stück Gestalttherapie.

Bry: Faszinierend.

Fritz: Das war ein Beispiel dafür, dass wir nicht analysieren, sondern integrieren. Sie haben das Muster geliefert, einige Ihrer dominierenden Bedürfnisse; und ich helfe Ihnen, sie für sich zurückzugewinnen. Jetzt fühlen Sie sich ein wenig stärker.

Bry: Das stimmt, ja.

Fritz: Das ist Gestalttherapie.

Bry: Ich verstehe. Funktioniert Gestalt immer so? Ich habe gestern Ihre Demonstration gesehen. Arbeiten Sie immer mit der Technik, die Leute Rollen und Stühle wechseln zu lassen, um einen bestimmten Aspekt zu betonen?

Fritz: Immer dann, wenn ich Polaritäten erkenne, ja; wenn wir es mit zwei Gegensätzen zu tun haben. Sie werden bemerken, dass diese Gegensätze im Streit miteinander liegen. Pilot und Passagier sind Feinde. Sie sind Feinde, weil sie einander nicht zuhören. In unserem Fall – in diesem Dialog – nehmen Sie diesen anderen Teil, der Sie verfolgt, der außerhalb von Ihnen zu sein scheint, wahr und erkennen, dass er zu Ihnen gehört, dass Sie das sind. Dadurch nehmen Sie diese Gefühle zu sich zurück, Sie reassimilieren einen Teil Ihrer dominierenden Bedürfnisse.

Bry: Nun, damit ich das wirklich ganz verstehe: Müssten wir diesen Prozess zwanzig Mal oder zwanzig Jahre lang durchgehen, oder würden wir vielleicht ein Jahr daran arbeiten, damit es ganz zu mir zurückkehren könnte?

Fritz: Nein, nein, nein. Ich muss Ihnen erzählen, was ich gestern schon sagte: Ich habe eine Lösung gefunden. Sie brauchen nicht zwanzig Jahre auf der Couch zu verbringen oder jahrein-jahraus Therapie zu machen. Das Ganze dauert vielleicht drei Monate. Von der Neurose zur Authentizität. Die Lösung liegt in der therapeutischen Gemeinschaft, wo wir zusammenkommen, zusammen arbeiten und zusammen Therapie machen. Der Kernpunkt der Therapie ist, dass wir lernen, uns unseren Gegensätzen zu stellen. Wenn Sie einmal gelernt haben, wie Sie das machen können, fällt es Ihnen beim nächsten Mal vielleicht leichter. Wenn ich Ihnen also ein Beispiel dafür gebe, was bei vielen Menschen der am häufigsten vorkommende Gegensatz ist, können Sie sehen, was sich daraus ergibt. Der am häufigsten vorkommende Gegensatz ist der zwischen Topdog und Underdog. Von hier aus gehen wir die Sache an.

Bry: Gut.

Fritz: Also, der Topdog sitzt hier in diesem Stuhl. Der Topdog beginnt: „Adelaide, du solltest ...“

[Wieder wechsle ich Rollen und Stühle.]

Bry (als Topdog): Adelaide, du solltest ... – du solltest jeden Morgen um sieben Uhr aufstehen. Iss nicht zuviel. Mach deine Übungen. Arbeite effektiv. Setz dich morgens um acht an die Schreibmaschine.

Fritz: Verstärken Sie das.

Bry (als Topdog): *Du solltest jeden Morgen um acht an der Schreibmaschine sitzen!*

Fritz: Bemerken Sie, dass Sie sich immer noch 10 cm von ihr fernhalten?

Bry (als Topdog): Oh, ich mach' dich fertig ... Ich mach' dich fertig, weil du nicht in jeder Hinsicht ein effektives Leben lebst. Du bist voller Konflikte, du bist voller Müll, du bist eine schlechte Mutter.

Fritz: O. K., wechseln Sie die Plätze. Sie sind der Underdog.

Bry: Ich bin sehr bedürftig. Ich schaffe es nicht allein. Ich brauche einen Mann an meiner Seite, allein bin ich dem nicht gewachsen.

Fritz: Gut, schreiben Sie das Script.

Bry (als Underdog): Er ist nicht perfekt. (O. K., das bin ich auch nicht.) Er ist hier und ich mag ihn sehr, aber wenn ich ihn heirate, bin ich nicht mehr frei.

Fritz: Sind Sie sich dessen bewusst, dass der Underdog in die Verteidigung geht?

Bry: Ja.

Fritz: Haben Sie das wahrgenommen? Jedes Mal wenn Sie den Platz wechseln, kreuzen Sie die Beine und quetschen Ihre Genitalien ein, und in diesem Moment verschließen Sie sich völlig.

Bry: Wenn ich der Topdog bin?

Fritz: Ich weiß nicht. In diesem Augenblick – seien Sie sich einfach bewusst, dass Sie völlig verschlossen sind. Sprechen Sie noch einmal als Topdog.

Bry (als Topdog): Gut. Du bist ein süßes kleines Mädchen, aber du entwickelst dein Potenzial nicht, und du hast Probleme, weil du Angst hast, ein unabhängiger Mensch zu sein. Du hast genug Elend gesehen: wie gestern abend in der Encountergruppe [bei einem Psychologenkongress in Washington, D. C.]. Du siehst doch, wie viel Angst die Leute vor sich selbst haben, und vor Beziehungen, und du hast dieses Problem nicht ... Es wäre alles in Ordnung, wenn du nur wüsstest, wie du es

anstellen sollst. Du hast nicht mal halb so viel Angst wie all die anderen Leute hier. Du bist zwanzig Mal darüber hinaus und hast Angst, in die Rolle zu schlüpfen. Diese Leute sind wie ängstliche kleine Mäuse, und das bist du nicht.

Fritz: Bemerken Sie, dass der Topdog sich verändert und jetzt versucht, sich zu rechtfertigen und zu überzeugen?

Bry: Ja. Ich weiß, dass ich wahrscheinlich eine Menge mehr verstanden habe als ...

Bry (als Underdog): Du kannst mich nicht dazu bringen, etwas zu tun, das ich nicht tun will. Das kannst du nicht. Das kannst du nicht.

Fritz: Sie sind dabei, gehässig zu werden; Sie verteidigen sich.

Bry (als Topdog): O. K. Wenn du nicht willst, willst du nicht. Du brauchst diesen ganzen gottverdammten Mist, den du glaubst erreichen zu müssen, nicht zu erreichen. Geh' einfach deinen Weg und sei, wer du bist. So, du dachtest einmal, du würdest eine gute Schriftstellerin werden, aber dir fehlte das Wichtigste, was eine Schriftstellerin braucht, nämlich die Fähigkeit, acht Stunden am Tag alleine auf deinem Hintern zu sitzen. Und wenn du diese Fähigkeit nicht hast, dann hast du sie eben nicht. Wen interessiert das schon? Nun ja, es ist schon irgendwie bedauerlich, aber ich bedaure es nicht mehr so sehr, weißt du. So weit war es ja ganz interessant. Es hat Spaß gemacht. Was auch immer ...

Fritz: Was machen Sie mit Ihren Händen?

Bry: Hmmm? Ist das zweideutig? Ich möchte sie irgendwie gebrauchen, ich möchte sie für irgendwas gebrauchen. Vielleicht, puh ... ich glaube ich möchte damit schreiben – auf einer Schreibmaschine. Ich möchte sie gebrauchen.

Fritz: Warum?

Bry (als Underdog): Anerkennung, verstehen Sie. Liebe und Anerkennung. Sie sind der große Papi, und ich möchte, dass Sie sagen: „Adelaide, Sie sind großartig. Wirklich. Sie sind einfach außergewöhnlich. Sie sind verdammt gut.“ Und, puh ... das ist alles, was man als Mensch auf dieser Erde braucht. Vernünftig genug zu sein, etwas Liebe und Anteilnahme zu bekommen und finanziell zu überleben. Darauf läuft es hinaus.

Fritz: Wechseln Sie jetzt die Rollen.

Bry (als Topdog): Was du sagst, ist nicht alles. Du musst dich mal auf etwas einlassen. Du kannst dich nicht zurücklehnen und einfach dasitzen. O. K. Du möchtest dich einlassen, dann tu's. Es ist nicht so schwer. Es gibt tausend Möglichkeiten, dich zu engagieren. Tu es und sieh, was passiert.

Fritz: Es scheint, als ob Sie anfangen, eine Erfahrung zu machen.

Bry: Ja. Meine Erfahrung ist, dass ich einen Konflikt hervorbringe, obwohl es an diesem Punkt eigentlich keinen Konflikt geben müsste. Ich stelle den Konflikt her.

Fritz: Ich verstehe. Gut, dann lassen Sie uns sehen, wie wir das lösen können. Nörgeln Sie weiter und hören Sie diesen Underdog ...

Bry (als Topdog): Gut. Tu's, mach's. Mach es. Steh auf und mach es. Den Letzten beißen die Hunde. Vergiss die Vergangenheit. Was auch immer gewesen sein mag, es ist vorbei, und du solltest zu etwas Neuem übergehen. Das ist alles. Es ist an der Zeit, weiterzugehen. Es ist Zeit, durch diese verdammte Sackgasse durchzugehen. An diesem Punkt warst du schon vierzig Mal. Du hast eine Million Erfahrungen gemacht; geh da durch. Du weißt es. Du weißt mehr als die Hälfte der Leute, die gestern auf der Bühne standen. Du hast Fritz Perls verstanden, und zwar sehr gut. Sehr gut. Du hast die ganze Sache kapiert, das hättest du vor fünf Jahren nicht. O. K. Fuck you. Fuck you. Fuck you.

Fritz (Underdog): Wie kannst du so etwas zu mir sagen?

Bry (als Underdog): Wie kannst du so etwas zu mir sagen? Ich bin für dich verantwortlich. Für die nächsten dreißig Jahre werde ich herumsitzen, mich selbst bedauern und sonst nichts tun. Und sag mir nicht, was ich zu tun habe. Tu das ja nicht.

Bry: Ich habe die Rollen durcheinander geworfen, ich bin durcheinander.

Fritz: Weil die Rollen vermischt sind.

Bry: Das stimmt. Ich will nichts tun. Ein Teil meiner glühenden Freude am Leben ist verschwunden, und jetzt suche ich danach und kann sie nicht finden. Und ich weiß nicht, welcher Funke sie wieder zum Leben erwecken könnte.

Fritz: Gut.

Bry: Ich weiß nicht. Das Ego ist mir völlig egal. Ich weiß nicht.

Fritz: Gehen Sie zurück zu dem Platz und machen Sie es nochmal.

Bry: Gut. Fuck you. Fuck you.

Fritz: Setzen Sie Ihre Stimme in den Stuhl. Sprechen Sie zu Ihrer Stimme.

Bry: Meine Stimme in den Stuhl setzen? Meine Stimme ist wunderbar. Ich habe schon eine Radiosendung gemacht. Du bist eine sehr schöne Stimme. Du bist lebendig, du bist interessant. Es ist eine wunderschöne, leise, intelligente ... Diese Stimme zeigt Hintergrund, Erziehung. Eine exzellente Stimme. Und nicht nur das, sie hat dich weit gebracht im Leben. Denn diese Stimme – wenn du mit dieser Stimme zu Leuten sprichst – diese Stimme führt sofort. Die Leute hören dir zu, weil sie diese Qualität von ... – [die Stimme verändert sich] Die Stimme ist kontrolliert.

Fritz: Ich bin kontrolliert.

Bry: Ich bin kontrolliert. Ich bin die Stimme, die Stimme ...

Fritz: Ich bin die Stimme.

Bry: Oh, das bin ich. Ich bin die Stimme, nicht wahr?

Fritz: Seien Sie Ihre Stimme.

Bry: Ich bin kontrolliert. Ich weiß, dass ich diese Rolle spiele. Ich weiß, dass ich das kann. Ich habe Spaß daran. Ich weiß, was ich mit dir, meiner Stimme, machen kann. Ich weiß sie einzusetzen, wenn ich das will. Nein ...?

Fritz: Sie werden nicht zu Ihrer Stimme. Ich kontrolliere dich, betöre dich.

Bry: Ich kontrolliere dich?

Fritz: Ich betöre dich.

Bry: Ich betöre dich. In gewisser Weise entziehe ich dich der Wirklichkeit. Ich halte dich von meiner wirklichen Natur fern, weil ich dein ganzes Leben lang eine so nützliche Waffe für dich war. Durch mich hast du deinen Ärger kontrolliert. Gleichzeitig habe ich dir geholfen, zu bekommen, was du wolltest. Hierfür bin ich gut, und dafür. Das bin ich wirklich.

Fritz: Lassen Sie uns folgendes versuchen. Ich bin der größte Manipulator ...

Bry: Oh, ja. Ich bin der größte Manipulator. Aber ich muss ausgerechnet hier sitzen. Ich bin der schlechteste Manipulator der Welt, weil nach einer Weile jeder die Manipulationen durchschaut. Anfangs nicht, aber nach einer Weile durchschauen sie mich. Ich glaube, ein Spiel spielen zu können, das niemand sonst erkennt, aber sie durchschauen mich. Und ich bemerke es nicht. Das ist der törichte Teil.

Fritz: Verändern Sie nicht Ihre Stimme.

Bry: Wehe mir. Wehe mir. Wehe mir. Wehe mir. Wehe mir. Und hör' auf mit dem dummen Selbstmitleid. Wehe mir.

Fritz: Mehr Mitleid, mehr.

Bry: Adelaide, du tust mir leid, aber ...

Fritz: Seien Sie sehr bekümmert.

Bry: Du tust mir leid und ich bin bekümmert, weil Gott dir viel gegeben hat und du bisher noch nicht allzu viel daraus gemacht hast. Das hast du einfach nicht. Das hast du wirklich nicht. Du tust mir leid, weil du nicht standhältst. Oh, du hast oft standgehalten, aber es hätte mehr sein können.

Fritz: Was hören Sie?

Bry: Ein kleines Mädchen, das sich rechtfertigt.

Fritz: Wie alt?

Bry: Ich komme immer auf neun. Da war etwas mit neun.

Fritz: Nochmal.

Bry: Oh, du tust mir leid, Adelaide, wegen dieser einfältigen Familie und all dem Geschrei in meinen Ohren. Sie haben meine Ohren ruiniert. Ich konnte nicht mehr zuhören. Es gab so viel Geschrei. Ich konnte es nicht mehr hören. Ich verschloss meine Ohren – und mich selbst. Doch jetzt ist es Zeit, deine Ohren wieder zu öffnen, denn niemand schreit mehr. Und deiner Kindheit hinterher zu hängen, ist so unbefriedigend. Ich bin es müde, darüber nachzudenken; es interessiert mich nicht. Wenn es dich wirklich nicht mehr interessiert, brauchst du nur die Ohren zu öffnen und zuzuhören. Das ist alles. Hör einfach hin. Horch in die Welt hinein. Höre die Musik. Höre. Vielleicht ist das schon alles.

Fritz: Sprechen Sie mit Ihren Ohren.

Bry: Meine Ohren. Diese Ohren sind ... meine Ohren sind zu. Ich bin meine Ohren und ich bin verschlossen und höre nichts. Ich habe alles ausgeschlossen. Ich will nicht hören. Ich höre nur eines, höre dieses schreckliche Geschrei ... all diese grausigen, scheußlichen Menschen in meiner Fami-

lie – mit Ausnahme dieses wundervollen Vaters. Konnte ich ihn hören? Nein, ich konnte niemandem zuhören.

Fritz: Ihr Vater?

Bry: Er war bemitleidenswert, aber nett.

Fritz: Sprechen Sie zu ihm.

Bry: Ich wünschte, ich hätte dich mehr geliebt als du noch hier warst, du warst ein liebenswerter Mann, intelligent – gelehrt, und ich habe nicht auf dich gehört. Ich habe dir nicht zugehört. Ich habe dir überhaupt nicht zugehört. Ich würde gerne. Wenn meine Kinder dich nur hören könnten. Sie haben keinen Vater, dem sie zuhören könnten. Hör auf mit dem Selbstmitleid. Sie haben andere zum Zuhören. Sie leben in einer völlig anderen Umgebung.

Fritz: Was hören Sie?

Bry: Eine Mischung. Ich höre eine Mischung aus ihm und dem Geschrei – beides.

Fritz: Was hören Sie?

Bry: Ich höre, wie das Tonband die ganze Zeit läuft. Das höre ich. Ich habe etwas Neues daraus gewonnen. Ich habe etwas völlig Neues gehört, etwas, das ich nie bekommen habe, Fritz. Alle Achtung, Fritz. Ich habe etwas völlig Neues über das Zuhören erfahren, das ich nie zuvor erfahren habe, ein Gefühl dafür, meine Ohren zu öffnen.

Fritz: Was hören Sie?

Bry: Was ich höre? Ich höre, dass ich hinhören will.

Fritz: Sie haben noch keine Ohren?

Bry: Ich habe noch keine Ohren? Aber ich bin unterwegs, und ich ... und die Leute sagen immer: „Aber Sie hören mir ja gar nicht zu. Sie haben nicht gehört, was ich sagte.“

Fritz: Seien Sie still.

Bry: Seien Sie still. Gut. Ich höre, wie mein Vater sich für mich einsetzt.

Fritz: Was hören Sie jetzt?

Bry: Leere.

Fritz: Jetzt ...

Bry: Ich höre das Tonband. Ich höre Sie. Aha. Aha. Ich hab's. Ich höre, was ist. Ich höre, was jetzt ist.

Fritz: Mehr ...

Bry: Ich höre die Leute in der Halle. Ich höre Sie. Ich höre das Tonband. Ich höre die Klimaanlage.

Fritz: Was hören Sie?

Bry: Es stimmt. Ich höre, was jetzt ist.

Fritz: Sie müssen Ihre Ohren benutzen.

Bry: Weil ich eine ganz neue Art des Hörens erfahren habe. Ich höre mich selbst, und meine Stimme ist immer noch da draußen. Meine Stimme ist ... In mir fühle ich diese Wirklichkeit, die ich lange Zeit gespürt habe. Aber meine Stimme bringt das nicht 'rüber. Sie bringt nicht 'rüber, was ich sagen will. Darin liegt der Zwiespalt.

Fritz: Das Hören und das Sagen.

Bry: Sehen Sie, was das Hören betrifft – soll ich Ihnen erzählen? Ich weiß nicht einmal mehr, was ich als Chefin gesagt habe.

Fritz: Dann brauchen Sie das Tonband.

Bry: Stimmt. Ich selbst nehme nichts auf. Ich nicht.

Fritz: Nein, Sie absorbieren nicht.

Bry: Aber – Himmel – ich bin nicht gekommen ... ich muss das mal sagen ... ich bin wegen des Interviews gekommen, nicht um so etwas zu machen .

Fritz: Aaaaah ...

Bry: Wussten Sie das? Ich meine, deswegen bin ich nicht gekommen.

Fritz: Das sind nur Entschuldigungen.

Bry: Das sind nur Entschuldigungen?

Fritz: Ich habe das hundert Mal erlebt.

Bry: Das ist das, was ich ... nein. Können wir weitermachen? Bitte. – Bitte, bitte. Frauen darf man doch ihre Wünsche erfüllen, nicht wahr? Nein? Bitte. Ich möchte so gerne. Wenn nicht, muss ich mir das Interview, das ich geplant hatte, selbst erstellen.

Fritz: Nein.

Bry: Ich nehme 'rein, was Sie während des Vortrags gesagt haben: dass Reife bedeutet, sich selbst den Hintern abwischen zu können. Ich habe eine andere Dimension erfahren. Die Sache ist nur, dass ich das ohne mein Leben, so wie es bisher war, nie hätte. Verstehen Sie, was ich meine?
Fritz: Ich weiß, was Sie meinen.

Beispiel 16.1: Aus der inneren Isolation zur Existenz

Das Fallbeispiel eines 37-jährigen Informatikers mit zyklischer Depression verdeutlicht:

- u. a. das Konzept der Dereflexion im sokratischen Dialog,
- die Mobilisierung des Willens zum Sinn.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 16.2 Theorie und Praxis der Logotherapie

Quelle

Längle, A. (1988). Wende ins Existentielle. Die Methode der Sinnerfassung.

In A. Längle (Hrsg.), Entscheidung zum Sein.

München: Piper (S. 68–82).

Mit freundlicher Genehmigung

Herr K., ein 37jähriger Informatiker, ist gerade aus dem Psychiatrischen Krankenhaus nach einem zehntägigen Aufenthalt entlassen worden. Es war seine erste psychiatrische Behandlung. Herr K. ist seit zehn Jahren mit einer Soziologin verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von acht und vier Jahren. Seit etwa fünf Jahren litt er, vorwiegend in den Wintermonaten, an depressiven Zuständen, die seine beruflichen und privaten Aktivitäten lähmten. Sein Leben war in dieser Zeit freudlos geworden. Nicht, daß er sich von den Aufgaben und Anforderungen seines Lebens überfordert gefühlt hätte. Er schaffte seine Arbeit, konnte sein Leben besorgen und die Familie erhalten. Aber er war unzufrieden mit seinem Leben, tagtäglich. Er fühlte sich eingeengt, was ihm in der Arbeit besonders deutlich war. Er brachte seinen Zustand daher in kausalen Zusammenhang mit der Unzufriedenheit an seinem Arbeitsplatz. Er kündigte. Dies löste nach kurzer Zeit eine starke innere Unruhe aus, die mit Resignation und Apathie verbunden war. In der Annahme (vielleicht Hoffnung?), es könne sich hier nur noch um eine Gemütskrankheit handeln, bat er selbst um Aufnahme ins Psychiatrische Krankenhaus. Er wollte eine Behandlung, denn was er erlebte, empfand er als „nicht mehr normal“, war ihm gänzlich unverständlich. In der Psychiatrie diagnostizierte man eine vorwiegend psychogene Depression auf fraglicher psychotischer Basis. Man entließ ihn nach zehn Tagen, in denen er Gespräche und medikamentöse Therapie erhalten hatte, mit einer mittleren Neuroleptikadosis und einem Schlafmittel, verbunden mit der dringenden Empfehlung einer Psychotherapie.

Der großgewachsene, schlanke Mann wirkt müde, interesselos in sich gekehrt, unsicher, fast scheu; die dünne Haut neigt zum Erröten, seine Hände sind leicht schweißig, man hat den Eindruck, daß der Patient durch die seelisch-geistige Verfassung seine labile, vegetative Veranlagung in ein Ungleichgewicht gebracht hat.

Die Anamnese brachte keine besonderen Problemkreise zutage. Abgesehen von der Unzufriedenheit mit der derzeitigen Arbeitssituation, die der Patient durch seine Kündigung schon selbst zu lösen begonnen hatte, ergab sich als einziges Problem die Unfähigkeit, aus seiner Freudlosigkeit und der inneren Spannung herauszukommen. Wo kann hier existenzanalytisch angesetzt werden?

Aus der Sicht der Existenzanalyse gelingt Leben dann, wenn der Mensch Sinnvolles realisiert, indem er Wertvolles verwirklicht. Genau daran aber mangelte es im Leben von Herrn K. Er spürte diesen Mangel in seiner ganzen Heftigkeit und Dringlichkeit, wandte sich aber mit aller Aufmerksamkeit seinen (inneren) Defizit-Gefühlen zu. Er konnte sie genau beschreiben, und er wußte, welche positiven Gefühle ihm fehlten. Aber er wußte nicht, wie noch gezeigt wird, um die Defizite, die er seinen Lebensumständen schuldig geblieben war und von deren Erfüllung her sich die ersehnten Gefühle hätten einstellen können. Dieser Mensch litt, auf einen Nenner gebracht, an der Unfähigkeit, zur Freude zu gelangen (was zur Diagnose „Depression“ geführt hatte).

Die kurze Zeit, die in dieser ersten Stunde noch verblieb, haben wir daher auf die Möglichkeiten, zur Freude zu gelangen, verwendet. Anamnestisch wurde wenig gefunden, was ihm in den letzten Jahren Freude gemacht hätte. Auf die Frage, womit man ihm jetzt eine Freude machen könne, wußte er keine Antwort. (Nach einer solchen allgemeinen Horizontabtastung werden in der Existenzanalyse die Fragen aufs Konkrete gelenkt, damit sie möglichst nahe an die Realität des individuellen Lebensgefüges des Menschen herankommen und so für ihn realisierbar werden.) Ob vielleicht seine Frau ihm heute

irgendeine Freude machen könnte? Er wußte wieder keine Antwort. Alles, was ihn früher freuen konnte, freue ihn nicht mehr.

Die gestellten Fragen führten zu keinem positiven Ergebnis. Aber befanden wir uns nicht schon mitten in seiner existentiellen Sackgasse? Der Patient fand nichts, was ihm Freude *geben* konnte. Das gemeinsame Nachdenken stellte uns vor die erschreckende Leere seines Lebens, eines Lebens, das ihm nichts bieten konnte, was seinem Interesse entsprechen und genügen würde. Zwar enthielt sein Leben das, was andere als Freude bezeichnen. Ihn ab erfreute es nicht mehr. Was interessierte ihn? Er wollte, so sagte er, Freude haben, für sich haben. Er scheiterte an der Wirklichkeit und ging leer aus. Wo lag der Fehler?

Immer wieder muß die Existenzanalyse darauf hinweisen, daß sich Freude nicht direkt intendieren läßt. Sie läßt sich nicht wie durch einen Automaten willentlich produzieren und daher auch nicht besitzen. Der Freude geht ein *Grund* zum sich Freuen voran, und der liegt darin, daß man bei einer Sache oder bei einem Menschen ist, und wenn dies gut ist, wenn dabei etwas gelingt oder etwas Schönes erlebt wird, dann stellt sich auch die Freude von selbst ein. Man beschäftigt sich mit etwas und ist *in* der Freude. Wenn sich die Freude im Umgang mit einem anderen Menschen ereignet, so *ist* die Freude da, auch wenn nur der eine von beiden sie erlebt. Wer kennt das nicht, daß man erst später die Freude bemerkt und Zeit für sie hat?

Es gelangt der Mensch in den Bannkreis der Freude, wenn nur der transsubjektive Aspekt des Freude-*Machens* angestrebt wird, ohne Warten auf das Freude-gemacht-Bekommen. Die Freude stellt sich im Falle des Gelingens zwischen diesen zwei Menschen ein (und wird im günstigen Falle auch von beiden wahrgenommen). Beide Menschen erleben Freude, beide sind *in* der Freude. Zwischen subjektiver und objektiver Wirklichkeit schiebt sich die existentielle Wirklichkeit ein. Dem anderen wird Freude bereitet, und derjenige, der sie dem andern macht, ist mit dabei und erlebt sie (sekundär und vielleicht unbewußt) mit. Weil sich Gefühle sekundär einstellen, fragt die Existenzanalyse nicht primär nach ihnen (z. B. nach Wut auf die Gattin, Einsamkeit), sondern sie fragt nach den Möglichkeiten, die sich von der Lebenswelt (Husserl) her bieten.

Auf diesem existenzanalytischen Hintergrund ergab sich (was im übrigen schon Alfred Adler in ähnlicher Weise seinen depressiven Patienten zu empfehlen pflegte) als nächste Frage an den Patienten: „Was glauben Sie, womit könnten Sie Ihrer Frau eine Freude *machen*?“ Herr K. war sichtlich überrascht. Nach einer kurzen Pause meinte er, er könnte ihr besonders viel Freude machen, wenn er mit ihr über alles reden würde, vor allem auch über sich selbst und seine Gefühle. Aber das sei zu schwer für ihn, das schaffe er nicht. Vielleicht schaffe er es, ihr einen Blumenstrauß zu schenken. – Eine ungeahnte Schwäche war dem Patienten deutlich geworden. Dieses Defizit aufzuholen wurde nun vereinbart. Wir beschlossen gemeinsam, daß er nun bewußt nach Möglichkeiten Ausschau halten werde, wo und wie er jemandem Freude bereiten könne. Mit dieser Aufgabe wurde das logotherapeutische Ziel verfolgt, die existentielle Grundhaltung der Selbst-Transzendenz einzuüben. Das allein genügt aber nicht, denn es bedarf der Ergänzung durch die Erhellung der (bisher verborgenen) Sinnstrukturen in seinem Leben. Deshalb wurde der Patient gebeten, sich hin und wieder die Frage zu erlauben, wofür er diese oder jene Tätigkeit eigentlich unternahme? Kaum war diese Anregung ausgesprochen, meinte der Patient spontan: „Alles war in letzter Zeit ein Muß“. – Mit der Bemerkung, daß man nicht nur darauf schauen kann, ob man etwas tun *muß*, sondern sich auch überlegen kann, ob man es *für* etwas oder *für* jemanden tut, schlossen wir die erste Stunde.

Die zweite Stunde fand aus Termingründen erst neun Tage später statt. Aus Anlaß der Erlebnisse bei der Ausführung der „Aufgaben“ erzählte der Patient von seiner Scheu mit anderen, und besonders mit seiner Frau, über sich zu sprechen. Er wolle das Innerste nicht mitteilen. Immer, wenn seine Frau mit ihm sprechen wolle, gehen bei ihm „die Jalousien runter“. Dies trete auch dann ein, wenn seine Frau Hilfe von ihm wolle. „Da helfe ich ihr erst recht nicht, da bin ich egoistisch. Das tut mir zwar nachher leid, und irgendwo wundere ich mich darüber, daß ich ihr nicht helfe oder nicht mit ihr spreche ... Ich bin mir nicht sicher, ob es richtig ist, wenn ich mich vor ihr verschließe.“

Wenn seine Frau etwas von ihm wolle, so habe er den Eindruck, daß es ihr nicht gutgehe. „Aber ihr *muß* es gutgehen, damit sie mir helfen kann, wenn es *mir* schlechtgeht! Und darum kann ich nicht offen mit ihr sprechen, wenn *sie* es wünscht. Und ich kann nicht offen mit ihr sprechen, wenn es *mir* schlechtgeht, denn ich will nicht, daß sie über mein Seelenleben genau Bescheid weiß.“

Seinen Wunsch aufgreifend überlegen wir die Möglichkeit, sich von vornherein vorzunehmen, gar nicht über sich selbst zu reden, sondern jeweils nur über ein anstehendes *Thema* mit seiner Frau zu sprechen. (Logotherapeutische Methode der „Dereflexion“.) Ohne die Methode zu erklären, wurde sie

in diesem Fall nur in die Logik des Patienten eingebaut mit der Bemerkung, er verrate dadurch ja nicht sich selbst, sondern er gebe höchstens *eine* Meinung von sich preis. Das konnte er gut akzeptieren.

In einem sokratisch geführten Gesprächsabschnitt ging es sodann um das Phänomen, daß er die „Jalousien dichtmache“, wenn seine Frau etwas von ihm wolle.

TH: „Glauben Sie, will Ihre Frau etwas von Ihnen?“

K: „Ja, daß ich mit ihr über etwas rede, was sie vorschlägt.“

TH: „Was wollen Sie ihr nicht geben, wenn Sie die Jalousien runterlassen?“

K: „Ich möchte nicht, daß sie zu viel von mir weiß. Sie soll keine Einsicht in meine Schwächen haben.“

TH: „Ihre Frau kennt Sie also nur als Supermann ... makellos ...?“

K: „So kraß ist es sicher nicht.“

TH: „Ein paar verzeihliche Fehler wird sie vielleicht kennen?“

K: „Hm??“ – Pause.

TH: „Eine Schwäche präsentieren Sie jedoch immer: *die Schwäche, nicht über Schwächen reden zu können*. Diese Schwäche ist vielleicht die größte Schwäche. Denn es gehört eine gewisse Stärke dazu, um über Schwächen reden zu können.“

K: „Das ist bestimmt mein Hauptproblem. Früher habe ich das können. Es ist mir unverständlich, daß ich es jetzt nicht mehr kann, aber ich weiß jetzt einen triftigen Grund, warum ich mich in diesem Punkt ändern möchte und auch ändern werde.“

Diese Stunde brachte zweierlei: eine Entängstigung (Dereflexion; sokratischer Dialog) und eine starke Motivation, die Defizite zu bereinigen („Mobilisierung des Willens zum Sinn“).

Bei der dritten Sitzung, 17 Tage danach, fühlt sich der Patient sehr wohl, nimmt kaum noch Medikamente und hat die alte Arbeitssituation beendet. Das Verhältnis zu den Kindern ist besser, er empfindet sie nicht mehr als Belastung und macht regelmäßig Spaziergänge und kleine Unternehmungen mit ihnen. Mit seiner Frau hat er stundenlange Gespräche geführt. Was ihn jetzt beschäftigt, ist die Frage nach *dem Sinn der Krankheit* und wie sie überhaupt entstehen konnte. Herr K. beginnt, seine Vergangenheit Revue passieren zu lassen:

K: „Grundlos ist die Krankheit sicher nicht gekommen. Ich habe intensiv gelebt, unheimlich viel ausgekostet, mein Leben zu einer Spitze hingetrieben ... Ich habe Sachen gemacht, wo ich gewußt habe, daß sie für mich und meine Familie schlecht waren, aber ich habe sie trotzdem gemacht. Ich habe schon in der Situation gewußt, daß es nicht gut ist – weder für mich, noch für meine Familie, noch für mein ganzes Leben ... Zum Zusammenbruch ist es gekommen, als ich gesehen habe, daß alles schief laufen wird; Teile sind zumindest schiefgelaufen ... Ich habe es provoziert, daß ich gekündigt werde ... Ich habe meine Frau provoziert, daß sie sagen mußte: so geht es nicht weiter ... Ich habe Grenzen gesucht, ich wollte schauen, wie weit ich gehen kann, was ich mir erlauben kann. Ich glaubte, ich sei stark und könnte mir alles erlauben. Ich setzte mich über alle Grenzen hinweg, über Müdigkeit und Schlafstörungen. Ich war stolz zu sehen, was ich alles aushalte; da war zum Beispiel eine Feier, da ist richtig gesoffen worden, und ich war um acht Uhr wieder in der Firma. Heute weiß ich, daß man das einmal aushalten kann, aber wenn die Abstände zwischen den Feiern kürzer werden, dann zehrt das an der Substanz ... – So ist das alles gekommen, das ist die Antwort, das ist die Lösung.“

In diesem sehr klaren Bericht schilderte der Patient das, was er selbst zu seinem Zustand beigetragen hatte. Er wußte genau, daß er seine Grenzen erleben *wollte*, daß er provoziert hatte und die Situationen zuspitzte, daß er absichtlich gegen sich und seine Familie gehandelt hatte, um die Essenz des Lebens endlich zu spüren. Er wollte das erzwingen, was sich seinem Leben verweigert hatte, was er durch sein Leben verstellt hatte. Er sieht sich nun nicht mehr als Opfer seiner Krankheit, sondern erkennt, daß er am Geschehen seines Lebens entscheidend beteiligt ist.

In dem neuen Bewußtsein, selbst für seine Handlungen verantwortlich zu sein, stellte sich dem Patienten die besorgniserregende Frage, wieso man *willentlich und wissentlich etwas Falsches tun* könne? Im folgenden Gesprächsabschnitt wird zunächst die „provisorische Daseinshaltung“ (Frankl) deutlich, sowie sein Bestreben, alle Verantwortung für sein Leben von sich abzuschieben. Er verlor zunehmend das Interesse an der Welt, weil diese sich nicht seinen Vorstellungen beugte. Die Frustration seiner Forderungen an das Leben führte zur Apathie und zu aggressiven (provozierenden) Gegenreaktionen. Er manövrierte sich immer mehr in eine existentielle Leere hinein, in der er zwar seine Ansprüche erhob, aber nicht mehr selber aktiv wurde. Ein Leben, das solcherart apersonal geworden ist, verfehlt

seinen Sinn, was in den Symptomen Apathie, Desinteresse, Freudlosigkeit und Sinnlosigkeit zum Ausdruck kommt.

K: „Unklar ist mir nur, wieso ich manchmal Sachen machte, von denen ich von Haus aus wußte, daß sie falsch sind.“

TH: „Sie sagten vorher, daß Sie im voraus sahen, daß alles schiefging. – Vielleicht wollten Sie mit Ihren Handlungen etwas provozieren? – Pause – Vielleicht das, daß die anderen den entscheidenden Schritt machen, bevor wieder etwas schiefgeht? Ich könnte mir vorstellen, daß Sie die anderen damit provozieren wollten, damit die sagen: so geht es nicht weiter!“

K: „Möglich. In der Firma wollte ich zum Beispiel schon vor einem Jahr gehen.“

TH: „Und Sie haben es nicht geschafft?“

K: „Nein. Einmal habe ich es versucht. Aber ich habe von mir aus nicht viel unternommen.“

TH: „Haben Sie das für gut befunden, daß Sie nichts unternommen haben?“

K: „Es war mir im Grunde gleich. Es war mir damals alles wurscht, ich habe alles beiseite geschoben. Lebensfreude hatte ich sowieso keine mehr. Am liebsten wollte ich von nichts mehr etwas wissen. Ich habe von einem Tag auf den anderen gelebt ... Ich war einfach in meiner ganzen Situation nicht glücklich, weil ich es mir *anders vorgestellt* hatte. Ich wußte wohl, daß es zum größten Teil mein eigener Fehler war, daß es so gekommen ist in der Familie und im Beruf. Denn ich habe mich in mich zurückgezogen wie eine Schnecke, habe mich isoliert.“

TH: „Das war vielleicht verbunden mit der Frage: Wozu soll ich überhaupt noch etwas tun?“

K: „Ja, so etwa war es.“

(Der Patient gibt nochmals eine ausführliche Schilderung seiner provozierenden Lebensweise – offenbar war ihm unklar, wie diese in eine Krankheit münden konnte.)

TH: „Da blieb Ihnen dann der Ausweg, krank zu werden, um sich aus dem bisherigen Leben zurückziehen zu können, ohne das Gesicht zu verlieren? – Blieb Ihnen dieser Weg, weil Sie keine Kraft mehr hatten? Weil Sie nicht mehr spürten, daß das Leben schmeckt?“

K: „Nein, das würde ich nicht sagen. Ich habe schon gewußt, daß das Leben schmeckt. Aber es waren immer unrealistische Situationen, in denen mir das Leben schmeckte: wenn ich unterwegs war mit Freunden, wenn ich saufen war. Und dann kam ich heim, da hat meine Frau gewartet, und ich habe mich unwohl gefühlt, wenn mir meine Frau Vorwürfe machte. Ich hatte ein schlechtes Gewissen, habe aber ihre Vorwürfe umgedreht, wahrscheinlich aus den Schuldgefühlen heraus. Und das war für meine Frau wieder unerträglich: Da kommt er spät nach Hause und macht mich noch dafür verantwortlich.“

(Patient gibt wieder genaue Schilderung).

TH: „Das war ein gutes Gespräch. – Etwas ist noch ungeklärt, nämlich weshalb Sie Dinge machten, obwohl Sie wußten, daß sie schlecht sind.“

K: „Da war etwas *Selbstzerstörerisches*. Ich glaube, ich habe dabei versucht, die Grenzen zu sehen, und als ich sie gefunden hatte, bin ich am Boden gelegen. – Was ich Ihnen heute erzählte, habe ich vorige Woche meiner Frau erzählt. Sie hat es ganz ähnlich empfunden.“

TH: „Was wollten Sie zerstören?“

K: Pause.

TH: „Was war Ihnen zu wenig? Was war schlecht? – Womit wollten Sie sich nicht abfinden?“

K: „Das weiß ich bis heute nicht. Vielleicht wollte ich provozieren, damit ich einen neuen Anfang machen kann.“

TH: „Eine Antwort haben Sie schon gegeben: Sie wollten etwas *zerstören*.“

K: „Das habe ich schon damals gewußt.“

TH: „Zerstören? – Zerstören will man nur etwas, was schlecht ist. Irgend etwas sehen Sie und entscheiden, daß Sie es zerstören wollen. Weil es Ihnen nicht genügt, weil es schlecht ist. *Sie* zerstören *etwas*, das weniger ist als Sie. Etwas, mit dem Sie sich nicht identifizieren können. Das Ihnen zu schlecht ist. Aber Sie stehen dabei über dieser Sache, sonst könnten Sie es nicht zerstören ...“

K: „*Mein Leben*, so wie es ist, ist nicht gut, von dem wollte ich abrücken; so wie es war, wollte ich es zerstören ...“

TH: „Das Leben hat Ihnen nur noch bei Ihren Freunden Spaß gemacht, das übrige Leben war Belastung.“

K: (Nachdenklich und nach einiger Zeit) „Ja, kraß gesagt: Pflichtübung.“

TH: „Und dieses Leben wollten Sie zerstören. ‚Selbstzerstörerisch‘ – denn es war *Ihr* Leben.“

- K: „So kann man das positiv ausdrücken. Irgendwie habe ich das früher auch schon gewußt – nur habe ich alles nicht wahrhaben wollen und nicht so ernst genommen.“
- TH: „Natürlich haben Sie das gewußt –“
- K: „... aber verdrängt.“
- TH: „Würden Sie meinen, daß es nicht der Wirklichkeit entspricht, wenn man es so positiv ausdrückt?“
- K: „So ja, freilich. Das ist wirklich der positive Kern.“
- TH: „Welches wäre der negative?“
- K: „Wenn man das nicht sehen würde.“
- TH: „Es ist sozusagen selbstverständlich, daß man selbstzerstörerisch wird, wenn man mit dem Leben nicht mehr zufrieden ist. Es kommen aber noch zwei weitere Dinge dazu. Zum einen: Sie haben an das Leben immer große Anforderungen gestellt.“
- K: (unterbricht) „Das kommt bei mir bestimmt dazu, das ist bestimmt ein Fehler von mir: Ich stelle hohe Anforderungen, und wenn es nicht so funktioniert, wie ich es will, dann werde ich wütend und bin enttäuscht.“
- TH: (Nach einem längeren Gespräch über die existentielle Grundhaltung zum Leben, die vom Menschen verlangt, daß er dem Leben Antworten gibt, weil er immer schon der vom Leben Befragte ist [...]):
„Man kann sich im Leben nicht alles richten, im Gegenteil, man hat sich nach dem Leben zu richten.“

Nun wurde – nach den Anforderungen – noch der andere Punkt besprochen, der existenzanalytisch gefunden wurde. Es stellte sich nämlich in den Gesprächen heraus, daß der Patient – vielleicht un bemerkt – alles *Erstrebenswerte vor sich selbst entwertete*. Diese anhaltende Entwertung hat dazu geführt, daß der Lebenswille des Patienten nun auf keine erstrebenswerten Ziele mehr stößt. Wenn zuerst alles, was sinnvoll und gut ist, zerstört wird, so findet der „Wille zum Sinn“ kein Ziel mehr; ähnlich einem Bumerang, der nur dann zum Ausgangspunkt zurückkehrt, wenn er sein Ziel verfehlt hat, wird der Mensch immer wieder auf sich selbst zurückgeworfen. Der Patient schaut bei diesem Sinnbild von Frankl ganz überrascht.

- TH: „Ich weiß, Sie möchten sich nicht gerne durchschaut wissen. Aber ich kann Sie beruhigen, denn ich konnte Ihnen das aus einem anderen Grunde erklären. Nicht, weil ich *Sie* etwa durchschaut hätte, sondern weil es ein theoretisches Wissen darüber gibt, wie sich der Mensch verhält, wenn er sinnvoll leben will. Sie müssen nun selbst schauen, wie Sie mit diesen Instrumenten, die wir hier erhellt haben, umgehen und sie in Ihrem Leben einsetzen.“

Was also hat dazu geführt, daß der Patient trotz seines schlechten Gefühls bewußt Falsches tun konnte? – Er schildert es sehr schön: Ihm war alles gleichgültig geworden aus einer tiefen Enttäuschung über das Leben, das nicht seiner Vorstellung und seinen Forderungen entsprach. Gekränkt zog er sich in sich selbst zurück und versuchte, aus seiner trotzigen Bastion heraus zu erzwingen, was das Leben ihm (aus eigenem Verschulden) vorenthielt. Daraufhin wandte er sich gegen das Leben, gegen sein Leben, und wurde „selbsterstörerisch“. Es wäre zu wenig, dies auf ein *Gefühl* der Rache zurückzuführen, denn es war eine Lebenshaltung geworden.

Entscheidungen haben ihn dazu geführt. Die Entscheidungen aber waren von Gefühlen der Enttäuschung, der Verbitterung, der Wut und des Hasses begleitet. Er wußte nur eines: er mußte von diesem alten Leben loskommen. Aber er sah nicht, wie ihm das gelingen könne, denn er hatte sich den Ausweg selbst versperrt. – Wodurch hatte er sich den Ausweg versperrt? Da war zum einen seine Vorstellung darüber, wie das Leben zu sein habe. Mit dieser Vorstellung waren natürlich Anforderungen an das Leben verbunden. Und da waren zum anderen, als notwendige Begleitung dieser Haltung, ständig Entwertungen vorgenommen worden. Wer fordernd an das Leben herangeht, der muß auch ständig Dinge beiseite schieben, die sich ihm in den Weg stellen, auch wenn es sich um wertvolle Dinge handelt. Nur so kann die Forderung auf alle Fälle durchgesetzt werden.

Dieses Problem, wie der Mensch absichtlich etwas Falsches tun könne, stellt sich auch der Existenzanalyse. In dem genannten Gesprächsabschnitt ist deutlich geworden, welche Vielfalt von Gründen und Entscheidungen dazu führen können, und wie existenzanalytisch damit umgegangen wird. Wichtig ist in einer Existenzanalyse, daß das, was trotz der Entscheidung für das Falsche eigentlich an Positivem angestrebt wird, herausgearbeitet wird. In diesem Fall war es das verschüttete Wissen, daß der bisherige Lebensstil nicht gut war, so daß er von ihm loskommen wollte.

Zwölf Tage später findet das letzte Gespräch statt. Der Patient fühlt sich wohl, nimmt seit elf Tagen keine Medikamente mehr, plant einen Urlaub und sucht gerade eine neue Arbeit. Er meint einleitend, daß das vorangegangene Gespräch seine Hauptprobleme klargestellt hätte. Die Erklärung über die Entwertung der intendierten Lebensziele und vom *Bumerang, der nun ihn treffe, weil er die Ziele in der Welt verfehlt habe*, sei ihm sehr nachgegangen. Es sei ihm klargeworden, daß der Mensch selbstzerstörerisch werde, wenn er das Interesse an der Welt verliere. Er habe jahrelang, wenn Probleme auftauchten, sich vorwiegend mit sich selbst beschäftigt und großes *Selbstmitleid* gehabt. In den letzten Tagen sei ihm klargeworden, daß dieses Selbstmitleid eine „Form der Selbstzerstörung“ gewesen sei. Wenn sich ihm der Satz aufdrängte: „Du kannst es ja ändern – warum tust Du es nicht?“, dann habe er immer begonnen, sich zu bemitleiden und habe abgewartet, bis sich die Sachen von selbst geändert hätten oder bis die andern gehandelt hätten. Er empfand das Selbstmitleid immer schon als lähmend, aber nun sei ihm deutlich geworden, wie destruktiv es in seinem Leben gewesen sei.

Eineinhalb Jahre nach diesem Gespräch sagte mir Herr K. gelegentlich, daß es ihm ohne Medikamente und ohne Behandlung „sehr gutgeht“. Es hätten sehr viele Gespräche mit seiner Frau stattgefunden. Die „depressiven Phasen“ seien sogar gänzlich ausgeblieben. Er meinte noch, daß er nach dem Schrecken eines unverschuldeten Autounfalls sich wieder besonders intensiv an unsere Gespräche zurückerinnert hätte.

Mit der Darstellung dieser Behandlung soll nicht der Eindruck erweckt werden, daß die Existenzanalyse und Logotherapie stets auf raschem Wege anhaltende Besserungen erzielen können. Der Autor ist mit Mahoney (1985, S. 41) der Überzeugung, daß die Länge einer Therapie nicht mit der Qualität gleichgesetzt werden kann (manche Patienten und manche Therapeuten brauchen mehr Zeit, andere weniger – was nicht nur vom Können des Therapeuten und auch nicht nur vom Bemühen des Patienten abhängt). Das Beispiel wurde gewählt, weil durch die Leistung des Patienten eine dichte Abfolge existentiell wichtiger Erkenntnisse und Einstellungen vorlag, und um zu zeigen, daß Logotherapie *auch* in wenigen Sitzungen Grundlegendes erreichen kann, wenn der Patient dafür empfänglich ist. Nach unserer Erfahrung können einige wenige Gespräche nur dann eine durchhaltende Besserung bewirken, wenn der Patient durch sein Leiden und seine Einstellungen schon nahe an eine existentielle Denkweise herangekommen ist. Meistens ist eine längere Wegbegleitung nötig.

Beispiel 16.2: Logotherapie bei schizoaffektiver Psychose

Das Fallbeispiel eines 20-jährigen Mannes mit schizoaffektiver Psychose verdeutlicht:

- Konzepte und Interventionen der Logotherapie wie die paradoxe Intention,
- einige Erweiterungen der Existenzanalyse (implizit).

Das Fallbeispiel bezieht sich auf das Kapitel:

- 16.2 Theorie und Praxis der Logotherapie

Quelle

Simhandl, C. & Längle, A. (1988). Existenzanalyse bei einer schizoaffektiven Psychose.

In A. Längle (Hrsg.), Entscheidung zum Sein (S. 87–96).

München: Piper (S. 87–96).

Mit freundlicher Genehmigung.

Ein 20jähriger Patient mit einer schizoaffektiven Psychose kommt in suizidaler Einengung zur stationären Aufnahme in die Psychiatrische Universitätsklinik. Er leidet an depressiven Gefühlen. Er ist schwunglos und erlebt sich als dauernder Versager. Schwere Schuldgefühle belasten ihn. Er hat Angst. Auch sein Denken ist gestört, von Wahnvorstellungen und Halluzinationen irritiert. Er fühlt einen starken Zwang, seine Intelligenz ständig mit der anderer Menschen zu vergleichen. Obwohl er erschöpft ist, schläft er schlecht und kann am Morgen nur schwer aufstehen.

Bei der Aufnahme ist der Patient in der Bewußtseinslage klar und voll orientiert. Die Stimmungslage ist deutlich depressiv, der Antrieb herabgesetzt und nur im negativen Bereich affizierbar. Der Gedankenduktus ist geringgradig beschleunigt, vereinzelt treten Sperrungen auf, öfters weitschweifige Entgleisungen und metaphorische Sprache, welche der Patient jedoch korrigieren kann, um wiederum zum ursprünglichen Denkziel zurückzukehren. Weiters werden vom Patienten Personenverkennungen, Anmutungserlebnisse, coenästhetische Halluzinationen (die Augenbrauen betreffend), sowie akustische Sensationen geschildert (Lärm und Geräusche werden zu Musik). Es besteht ein massives Insuffizienzgefühl mit Schuldkomplexen, welche wahnhaft ausgebaut sind. Zu beobachten sind Grimassieren und psychomotorische Unruhe. Das Einschlafen ist gut, jedoch treten Alpträume und frühzeitiges Erwachen auf; am Morgen bleibt der Patient bis 11.00 Uhr im Bett liegen. Am Abend erlebt er eine deutliche Remission der Antriebsstörung, des schlechten Befindens, der depressiven Stimmungslage und der Zwangssymptome. Konzentration, Auffassung und Aufmerksamkeit unterliegen ebenfalls einer Tagesrhythmik. Der Appetit ist deutlich herabgesetzt; Tremor, Tachykardieanfälle mit Herzstechen und quälender Angst begleiten ihn über den Tag. Es bestehen starke Zwangsvergleiche (besonders bezüglich seiner Intelligenz), welche den Patienten sehr stark beschäftigen und im klinischen Bild imponieren.

Auf seine Lebensgeschichte angesprochen, schildert der Patient, daß er immer schon ein introvertierter Mensch gewesen sei, daß er jedoch seit dem 17. Lebensjahr eine deutliche Veränderung bemerkt habe. Seit damals sei sein „Lebenstrieb“ weg, er hätte überhaupt keinen Elan mehr. Damals seien erstmalig „Depressionen“ mit Kopfweh, Übelkeit, Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen aufgetreten. Darüber hinaus kennt der Patient auch noch deutliche Phasen, welche Wochen bis Monate andauern, in denen es zu einer Verschärfung der Symptomatik gekommen sei.

Der Patient schaffte mit großer Anstrengung und immerhin mittelmäßigem Erfolg die Matura. Schon damals beschäftigte er sich mit seiner Intelligenz, als er merkte, daß es Zeiten gab, wo etwas in seinem Kopf „nicht in Ordnung“ war. Er verglich sich immer wieder mit anderen, vor allem mit seinem Vater, mit dem er sehr konkurrierte. Aber auch auf andere Personen aus seinem unmittelbaren Lebensbereich bezog sich sein Vergleichen der Intelligenz, das ihn schon damals nicht mehr losließ. Der Patient hatte das Gefühl unablässigen Bedrohtheits, weil er viel minderwertiger und insuffizienter sei als seine gesamte Bekanntschaft. Es war damals schon ein gequältes Leben, belastet von Vergleichszwang und gepaart mit dem beängstigenden Erleben der Wahrnehmungsstörungen. Er grübelte immer wieder über seine Intelligenzleistungen nach, begann schließlich Bücher über Intelligenztests zu

lesen. Bald gab er seine gewohnten Tätigkeiten wie Fernsehen, Lesen und Theaterbesuche auf, weil es ihm unmöglich war, dem Inhalt zu folgen und ihn sich zu merken.

Etwa drei Monate vor dieser Aufnahme begann die beschriebene Syndromatik. Die Krankheit brach bald so heftig aus, daß der Patient einen Selbstmordversuch machte. Er kam daraufhin für drei Wochen ins Krankenhaus, wo er antidepressive Medikamente erhielt, die eine deutliche Besserung der Beschwerden bewirkten. Einen Monat nach der Entlassung kam es zu einem Rückfall unter dem gleichen Bild, was zu dieser Krankenhausaufnahme führt.

Diesmal erhält der Patient zunächst eine kombinierte Therapie mit Neuroleptika und Antidepressiva und erlernt während des Aufenthaltes das autogene Training und die Jackobson-Entspannung. Auch geht er täglich in die Ergotherapiegruppe und erhält eine Gesprächstherapie von einem Psychiater der Station. Diese Behandlung führt zu einer guten Remission der Symptome. Es bleiben jedoch die Tachykardieanfälle, die Zwangsvergleiche, sowie der Tremor, verbunden mit Angst und einer verminderten Belastbarkeit im Sinne einer Defizienzsymptomatik. Gegen Ende des fünfwöchigen Aufenthaltes entwickelt der Patient noch eine hypomane Stimmungslage. Ein halbes Jahr nach der Entlassung taucht wiederum eine depressive Syndromatik auf, auf die hin eine Einstellung auf Lithium erfolgt. In der Folge wird eine regelmäßige Psychotherapie über die Dauer von zwei Jahren begonnen, bei der mit dem Patienten existenzanalytisch gearbeitet wird. Diese Behandlung wird im folgenden beschrieben.

Die Existenzanalyse

In den existenzanalytischen Gesprächen, die regelmäßig einmal in der Woche über eine Stunde geführt werden, stehen zunächst zwei Aktualthemen im Vordergrund. Einmal plagen den Musikstudenten berufliche Sorgen, und zwar in doppelter Hinsicht: Es quält ihn die Unsicherheit, ob er wohl eine Anstellung erhalten werde. Dieser Frage folgt der Zweifel, ob er sich in einer Anstellung, „im Leben“ also, überhaupt bewähren werde? Zum anderen ist ein wichtiges Thema seine Beziehung zu einer Studentin. Das Problematische an dieser Beziehung ist, daß er seine Freundin für einen ganz bestimmten Zweck ständig einspanne. Er „verwende“ sie ständig als Objekt zum Intelligenzvergleich.

In der Besprechung dieser beiden Themen kann herausgearbeitet werden, daß beide eine *formale Gemeinsamkeit* haben. In beiden Fällen bleibt der Patient durch seine übertriebenen Reflexionen in sich selbst verhaftet. Seine *Hyperreflexion* [...] besteht im andauernden Intelligenzvergleich mit seiner Freundin, eine Handlung, die er durch den Einsatz von Intelligenztests noch forciert. Auch im Beruf ist seine Aufmerksamkeit auf das Sich-Vergleichen, auf das ängstliche Beobachten gerichtet, welcher Musiker wohl besser sein könnte als er und ihm vielleicht vorgezogen werden könnte. Mit Hilfe der Existenzanalyse wird der Grund erhellt, der hinter diesem Verhalten steht und in ihm zum Ausbruch kommt. Sich ständig testen zu lassen, sich unablässig Vergleichen zu unterziehen, stellt den Versuch dar, mit einer unbewußt gebliebenen, tiefen Verunsicherung fertigzuwerden. Sie klappte durch den Beginn der psychotischen Symptomatik auf, als er merkte, daß in seinem „Kopf nicht alles in Ordnung“ sei. Aber Haarrisse finden sich schon früher, in seiner Jugendzeit nämlich, als er peinlichst darauf bedacht war, gute Schulleistungen zu erbringen, um sich „im Leben zu bewähren“. Was wäre er ohne Schulerfolg gewesen? Wie hätten ihn seine Eltern gesehen, „die anderen“, wie wäre er vor sich selber dagestanden?

Wozu führte die Hyperreflexion? Der Vergleich mit anderen stillt keineswegs seinen Durst nach Selbstsicherheit. Die Erwartungsangst, vielleicht nicht gut genug zu sein, nicht der Beste, der Intelligenteste zu sein, ist der Motor eines Teufelskreises, der seine Angst nur wiederum verstärkt [...]. Vegetative Symptome treten auf (Herzklopfen, Schlafstörungen, Zittern), und erneut bricht die Erwartungsangst, er „könnte am Ende das Ziel nicht erreichen“, mit voller Wucht auf ihn herein. Immer mehr vergißt und übersieht er die Freunde, die Mitwelt, mit der er in guter Beziehung verbunden ist. Er vereinsamt und leidet an der zunehmenden Isolation. Er beginnt, für die Beruhigung der Erwartungsangst zu leben; für alles andere verliert er jegliches Interesse. In der Folge kommt es zu einem deutlichen Mangel an Initiative. Das Vollbild eines „existentiellen Vakuums“ [...] liegt vor. In seiner Leere wächst die Todesangst, „zu früh sterben zu müssen, ohne gelebt zu haben“. Er hat das Gefühl, nun vollends versagt zu haben und gänzlich wertlos zu sein, was ihm im Vergleich mit anderen noch deutlicher würde. Die Mißachtung des situativen Anspruchs („Sinn“), dem er immer häufiger seinen eigenen, ängstlichen Anspruch voranstellt, wirft in ihm die radikale Sinnfrage auf und stellt ihn vor die Existenzfrage.

An diesem Punkt wird existenzanalytisch der tiefste Grund deutlich, der hinter der Verunsicherung steht und zu ihr geführt hat. Wofür nämlich versucht dieser Mensch seit der Schulzeit und durch alle

Krankheit hindurch zu leben? Welchem Lebenssinn geht er nach? – Er sagt es selbst: „Ich sehe keinen Sinn im Leben, wenn ich mich nicht in produktive Leistung umsetzen kann.“ Er lebt für die Leistung; was er dafür sein muß, ist einwandfreie „Funktion“. *Sein Leben ist Funktionieren*, denn er erliegt dem irrigen Glauben („Scheinsinn“), was den Menschen ausmache, sei die erbrachte und anerkannte Leistung. Sein Leistungsdrang stürzt ihn in einen krampfhaften Versuch, die Leistung zu verbessern. Um aus dieser existentiellen Sackgasse herauszukommen, in der er immer mehr gefangen ist, setzt er die ihm bekannten Mittel mit äußerster Anstrengung ein. Was er dabei aber übersieht ist, daß erfülltes Leben nicht in der Erfüllung von Erfolgswünschen liegt, sondern in der Leistung, auf die jeweils notwendige Aufgabe einer Situation handelnd zu antworten. In seiner Haltung findet er nun keine Zeit mehr, sich anfragen zu lassen, weil er selbständig Fragen stellt, Fragen an die Welt um ihn (Wie gut bin ich? Werde ich mit dem, was ich kann, auch akzeptiert werden? Bin ich gut genug? ...).

Hinter der Hyperreflexion steht, wie gesagt, eine tiefe Verunsicherung. Wohl haben Kindheitserlebnisse, Elternbeziehung und Erziehung einen beträchtlichen Teil dazu beigetragen, aber als entscheidendes Moment kann hinter dieser Verunsicherung eine Lebenshaltung aufgedeckt werden, die auf einen Scheinsinn ausgerichtet ist. Auf die in der Jugendzeit aufbrechende Frage: „Wer bin ich“ fehlte die existentielle Antwort. Es entstand Unsicherheit. Der Patient begann daraufhin, sich mit seiner Unsicherheit zu beschäftigen und versuchte, sie loszuwerden (Anpassung, Leistung, sich produktiv umsetzen). Produkte kennen einen Feind: die Konkurrenz. Erneut klinkt die Unsicherheit ein, die ihn nun veranlaßt, sich ständig zu messen. In dem Maße, wie er mit dem Messen beschäftigt ist, sinken aber seine Leistungen zusammen, und die Unsicherheit steigert sich zur Todesangst. „Wer bin ich?“ – wiederum stellt sich diese Frage, aber diesmal gemeinsam mit einem Therapeuten.

Die Logotherapie

Schon die ersten Sitzungen dienen der logotherapeutischen Behandlung, die dem existenzanalytischen Erhellungsprozeß parallel geschaltet wird. Die Schilderung der Aktualproblematik mit der manifesten Hyperreflexion bzw. der ihr zugrundeliegenden Hyperintention des Zieles, der intelligenteste und konkurrenzlos beste Musiker zu werden, wird nicht unkommentiert belassen. Es wird dem Patienten von Anfang an die deletäre Auswirkung seiner Hyperreflexion erklärt [...]. Das krampfhafte Eingehen auf die Angstinhalte und das Beobachten der Welt bringe ihn in eine Perspektive (Selbstvergleiche), unter der seine Leistungsfähigkeit eine drastische Einbuße an Effizienz erfahre. Somit erreiche er gerade das Gegenteil von dem, was er wolle und hindere sich selbst, Erfolg zu haben.

Es gehört zur ersten Phase einer Logotherapie üblicherweise dazu, durch ein *Erklärungsangebot* die existentielle Neuorientierung zu erleichtern. Oftmals können dadurch falsche und deshalb hinderliche Vorstellungen beseitigt werden, oder es kann ein Wissensdefizit beglichen werden, was zu einer entängstigten und natürlicheren Einstellung führen kann. Als es deutlich wird, daß der Patient mit Unverständnis seiner Krankheit gegenübersteht, werden ihm medizinische und psychologische Theorien über seine Krankheit kurz erklärt. Das Unverständnis für den Ausbruch der Krankheit machte ihm Angst, und er versuchte ihr gegenzusteuern. Erst die Erklärung biochemischer Zusammenhänge entlastete ihn. Das Auffinden der biographischen Zusammenhänge, die zur spezifischen „Pathoplastik“ [...] der biologischen Störung geführt haben, gibt ihm ein tiefes Verständnis seiner Probleme und stellt die Kohärenz seiner Lebensgestalt wieder her. Er hat so die Grundlage erhalten, seine Krankheit annehmen zu können: Es wird mit ihm herausgearbeitet, wie sehr er schon in der Jugendzeit die Genauigkeit in seinen Tätigkeiten und in der Schule pflegte. Seine Übergenauigkeit bzw. seine zwanghafte Veranlagung schlug dann im Rahmen seiner Erkrankung in eine Zwangssymptomatik um und entglitt der Steuerung. Er versteht nun, daß er mit seiner Verhaltensweise und mit seiner Veranlagung gerade *diese* Symptomatik erhält, warum er gerade *so* sein „muß“. Er versteht, daß das Symptom mehr ist als *nur* Krankheit, daß es Ausdruck von seiner Person ist [...] und eine für ihn spezifische Seinsweise darstellt. Somit ist das Symptom nicht mehr einfach „das Schlechte“, „das Fremde“, sondern etwas, das zu ihm gehört. Er beginnt sich zu begreifen.

Das aber würde noch wenig helfen, wenn es nicht gelänge, über alles Verständnis hinaus eine Zukunftsperspektive zu eröffnen. Etwas verstanden zu haben, heißt ja noch nicht, es als sinnvoll erkannt zu haben. Wo aber liegt hier der Sinn? – Die Krankheit ist gegeben, kann mit dem besten Willen jetzt nicht abgeschaltet werden. Aber sie ist mehr als gegeben – sie ist auch *aufgegeben*. Die Aufgabe liegt darin, sie zu meistern und sich nicht von ihr unterkriegen zu lassen. Der Patient versteht (und das entspricht ja seinem grundsätzlichen Willen), daß seine Aufgabe darin besteht, *trotz* der Beschwerden „da-zu-sein“, wo immer es möglich ist, sich einzulassen auf das „Gebot der Stunde“. In zunehmendem

Maße erfährt er dadurch, daß neben der einschränkenden Krankheit noch Platz ist für gelebtes Leben. Er läßt das Funktionieren-müssen zusehends beiseite und widmet sich mehr und mehr den inhaltlichen Anfragen seines Lebens: Er geht auf den Vater und die Schwester ein; er spielt Musik, statt „besser sein wollen“. Erste Erfolge stellen sich ein. Das Zittern läßt nach, er bekommt Anerkennung, findet Rückhalt in der Familie. Lernte er zuerst, *trotz* der Beschwerden, etwas Lebensraum zu gewinnen (Dereflexion), so lernt er nun, mit seinen Beschwerden umzugehen.

Die Erfahrung, Aufgaben verwirklichen zu können, trotz der Symptome und trotz des Sich-Vergleichens, ermutigt den Patienten außerordentlich und eröffnet in der Behandlung neue Möglichkeiten. Nach einer internen Durchuntersuchung wegen seiner Tachykardieanfälle, die keinerlei pathologische Befunde ergab, wird er angewiesen, regelmäßig trotz seiner Angst und trotz seinen Tachykardieanfällen jeden zweiten Tag einen langen Waldlauf zu machen. Er soll dann berichten, wie oft er wegen seiner Symptome abbrechen müsse. Dieses Training verdeutlicht noch mehr, wie sehr er sich von seinem Psychophysikum absetzen kann. Schon in der ersten Woche berichtet er voller Freude, wie gut er sich über die Angst hinwegsetzen könne und daß sie daraufhin wesentlich seltener und kürzer auftrete. Gleichzeitig nehmen die Intelligenzvergleiche ab. Er lernt, wie er zu seinen Symptomen Stellung beziehen kann, ein Akt, in dem die Intaktheit seiner geistigen Person zum Ausdruck kommt. Sein Selbstwertgefühl steigt.

Das gewonnene Terrain personaler Entfaltung gilt es nun auszuweiten. Mit Hilfe der *paradoxen Intention* [...] lernt er, wie er gegen sein Zittern beim Vorspielen auftreten kann. Es gelingt ihm, sich vor den Aufführungen vorzunehmen, so sehr zittern zu wollen, daß das ganze Publikum (inklusive Orchester und Dirigent) ausschließlich ihm zuschauen werde und daß er so lange weiterzittere, bis ein tosender Applaus des Publikums seine „schöne Zittermusik“ honoriere.

Aufbauend auf diesen positiven Erfahrungen, die er beim Waldlauf und beim Zittern machte, wird abschließend auf die Erfüllung seines Lebens mit Sinn besonderes Augenmerk gelegt, indem der Eigenwert des Handelns und insbesondere des Musizierens mit ihm besprochen wird. Anstellung, Ansehen oder Anerkennung stellen eben keinen Sinn dar, sondern sind jeweils nur Möglichkeiten für sinnvolles Leben, die aber ohne sinnvolle Verwendung leer bleiben. Sie sind stumm wie das Musikinstrument, das erst durch den Musiker seinen Sinn erhält, wenn es für das Spielen von Musik herangezogen wird. Ebenso komme es bei ihm darauf an, durch den Einsatz für seine Lebensaufgaben (Studium, Arbeit, Üben, Musikhören, Begegnung mit Menschen) mit Hilfe seiner Fähigkeiten dem Leben eine „Musik“ zu entlocken; und es sei wichtig, diese Musik des Lebens zu hören und nicht nur ihre Dissonanzen (Fontane). Dieser Gedanke bahnt ein ganz neues Selbstverständnis des Patienten an.

Die logotherapeutische Behandlung umfaßt in diesem Fall mehrere Schritte.

1. Sie beginnt mit *Erklärungen* über die Pathogenität von Verhaltensweisen (besonders der Hyperreflexion), vermittelt Wissen über das Krankheitsgeschehen und versucht, die Spezifität der Symptome aufgrund der Biographie und Lebenseinstellung verständlich und begreifbar zu machen.
2. Dann folgt eine *dereflektorische* Vorgangsweise, während der kaum noch über die Symptome und Beschwerden gesprochen wird. Die ganze Aufmerksamkeit wird den ungenutzten Möglichkeiten zugewendet (in diesem Fall war es besonders der Umgang mit den Familienangehörigen sowie der Sport). Dadurch wird der Patient aus der Lähmung herausgeführt und aktiviert.
3. Mit Hilfe der *paradoxen Intention* wird der Lebensraum ausgeweitet und eine humorvolle Distanz zu den abklingenden Symptomen gewonnen.
4. In der Konsolidierungsphase geht es um die Grundausrichtung des Patienten in seinem Leben. Es geht darum, den Lebensumständen die *echten Sinnmöglichkeiten* zu entnehmen, den Eigenwert der Dinge zu erkennen und sich auf ihn einzulassen. Seine Veranlagung zu Genauigkeit, die einst zur Ausprägung seiner Symptome geführt hatte, wird als positive Kraft zum Einsatz gebracht in seiner Arbeit als Musiker. Der Erfolg bestätigt ihm den Wert, den Genauigkeit haben kann.

Unter Beibehaltung der Lithiumprophylaxe kam es seither (zwei Jahre) zu keinem Rückfall mehr. Der Patient hat inzwischen das Studium abgeschlossen, kann angstfrei und ohne körperliche Beschwerden (Angstattacken, Zittern) in Orchestern spielen. Er macht als Musiker eine hervorragende Karriere und bewirbt sich für die Spitzenorchester. Eine kürzlich erfolgte Absage von einem solchen Orchester nimmt er gelassen, ja sogar humorvoll hin. Die Beziehung zu seiner Familie ist offener, geprägt von seiner Anteilnahme und seinem Einsatz für sie. Das Sich-Vergleichen hat gänzlich aufgehört. Er konnte daher die

Beziehung zu seiner Freundin neu überdenken und lösen. Er weiß nun, daß die existentielle Frage nicht ist: Warum habe ich Konzentrationsstörungen? sondern: Was mache ich (a) *trotz* der Konzentrationsstörungen und (b) *aus* den Konzentrationsstörungen („Kopernikanische Wendung“ in der Fragehaltung)? Es ist ihm klar, daß er mit seinen Fragen (und seinem Sich-Vergleichen) sich nur blockieren würde und mit der Zeit zu Recht wieder Angst vor dem Tod bekäme (weil sie eine Angst vor dem Nichts wäre, eine Angst nämlich, sein Leben nicht erfüllt zu haben). Mit Hilfe der „Selbst-Distanzierung“ gelangte er zu einem freien Umgang mit sich selber („Ich bin mir in die Hand gegeben – also kann ich mit mir umgehen“). Das Entdecken der echten Werte im Leben erlaubt ihm (auf der Basis der Selbst-Distanzierung) in Beziehung zu ihnen zu treten und bereitwillig Verantwortung zu übernehmen. Über die anfängliche Akzeptanz der Krankheit hinaus gelangt er zu einer *Aussöhnung* mit dem Vorgegebenen, das dadurch einer tiefgreifenden Veränderung unterliegt und schließlich überwunden werden kann. Er selbst ist geöffnet auf die Welt und ihre Werte hin. Mit seiner neuen Lebenshaltung gelingt es ihm, nicht mehr bei sich hängen-zubleiben, sondern, dem Wesen der Existenz entsprechend, handelnd in die Welt hineinzuwirken (Frankl; Wittgenstein), zum Wohle anderer und für sich selbst.

Beispiel 17.1: Psychodrama eines Suizidversuchs

Das Fallbeispiel eines 31-jährigen Mannes nach einem Suizidversuch verdeutlicht:

- wie durch die Reinszenierung der auslösenden Situation neue Einsichten in mitwirkende Motive erkennbar und eine „Katharsis“ ermöglicht werden.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 17.3 Praxis der Psychodrama-Therapie

Quelle

Yablonsky, L. (1978). Psychodrama.
Stuttgart: Klett Cotta (S. 75–78).
Mit freundlicher Genehmigung.

Schon viele Menschen haben in schwierigen Lebenslagen an Selbstmord gedacht. Die wenigsten führen ihn aus, aber viele gehen weiter mit diesem Gedanken um, und dies hat heimtückische persönliche Folgen. Ihre Seele schwärmt im Gedanken an diese Alternative. Wir konnten in vielen Sitzungen zu diesem Thema feststellen, daß Menschen dieser Konflikt über »Sein oder Nichtsein« abgenommen werden kann.

Regie zu führen bei einem psychodramatischen Selbstmord ist eine heikle Sache. Den Selbstmord im Psychodrama zu spielen, kann eine solche therapeutische Wirkung haben, daß ein Leben gerettet wird; doch ist dies offenkundig eine Szene, die mit größter Behutsamkeit anzugehen ist, denn die Wirkung könnte auch die entgegengesetzte sein.

Bei der Einstimmung zu einer Psychodrama-Sitzung mit einer Gruppe Patienten in einem staatlichen Krankenhaus fiel mir ein etwa dreißigjähriger Mann auf; er war über 1,80 m groß, dünn, wirkte sehr zerbrechlich und hatte frische Verbände um die Handgelenke. Ich fragte ihn, ob er eine Sitzung machen wolle. Er war einverstanden und trat vor.

L. Y.: Stellen Sie sich bitte der Gruppe vor.

Barney: Ich heiße Barney, bin einunddreißig, und dies ist für mich eine ungewöhnliche Situation. Drei Jahre lang war ich Krankenpfleger im Krankenhaus von -. Vorige Woche habe ich einen Selbstmordversuch gemacht und jetzt bin ich als Patient hier.

L. Y.: Ehe wir anfangen, Barney – das heißt, wenn wir anfangen –, möchte ich dir sagen, weshalb wir eine psychodramatische Sitzung über den Selbstmord machen. Wir können von mehreren Voraussetzungen ausgehen: Die Frage „Sein oder Nichtsein“ haben viele Leute bewußt oder unbewußt im Kopf, auch wenn sie nie den Versuch machen. Es ist ein bißchen riskant, wenn wir diese Sitzung machen, weil dabei Erinnerungen und Gefühle wieder geweckt werden, die mit deinem Versuch zusammenhängen. Ein Leitmotiv des Psychodramas ist jedoch, daß du, als du versucht hast, dir das Leben zu nehmen, niemanden hattest, der dir half. Du fühltest dich vollkommen entfremdet und allein ...

Barney: Stimmt.

L. Y.: Natürlich kannst du diese Szene hier nicht vollständig nacherleben, aber wir können sie nach deiner Erinnerung spielen. Nur hast du diesmal andere – diese Gruppe hier –, die dir in deiner Krise beistehen. Auch können wir vielleicht manche Einsichten gewinnen in die Kräfte, die dich zu der Tat getrieben haben. Hast du Lust, es unter diesen Voraussetzungen zu machen? Es ist ganz und gar deine Entscheidung.

Barney: Schön. Fangen wir an.

L. Y.: Natürlich wird dein Selbstmordversuch seine Vorgeschichte haben, die viele Jahre zurückreicht. Fürs erste wollen wir uns aber auf den Zeitraum kurz vorher konzentrieren.

Barney: Also, etwa zehn Stunden, bevor ich mir die Adern aufgeschnitten habe, trank ich mit ein paar Leuten, (*weiter mit Haß und Sarkasmus in der Stimme*) von denen ich dachte, sie wären meine Freunde.

L. Y.: Schön, gehen wir zurück zu diesem Zeitpunkt. Beschreib uns die Szene – Zeit, Ort usw.

Barney: Also, es war so gegen fünf Uhr nachmittags.

L. Y.: Nein, es *ist* fünf Uhr nachmittags.

Barney: Schön. Es ist fünf Uhr nachmittags, und ich bin zuhause in meiner Wohnung. Sie hat zwei Zimmer, nicht schlecht. (*Er schaut sich um, rückt Stühle auf die Bühne*).

L. Y.: Wer ist zu der Zeit noch da?

Barney (zornig): Meine sogenannte Freundin Sandy und mein bester Freund Bob. Sie lebt seit sechs Monaten mit mir zusammen. Wir haben sogar ans Heiraten gedacht.

L. Y.: Wohnt Bob auch da?

Barney: Na, er sneit hin und wieder rein. Und wenn es ihm schlecht geht, bleibt er eine Weile. Jetzt ist er seit einer Woche da.

L. Y.: Schön. Das hier sind Bob und Sandy. *(Zwei Personen aus der Gruppe werden als Hilfs-Ich ausgewählt.)* Ihr seid alle tüchtig am Trinken? (Ja.) Schön, geh jetzt mit ihnen beiseite, und erklär ihnen kurz die Situation. *(Nach ein paar Minuten)* Geh nicht zu sehr ins einzelne, nur das Wesentliche an der Szene. Fang an, Barney.

Barney: Was soll ich viel Worte machen, ich sag's gleich: Ich glaube, ihr beiden habt hier herumgeögelt, als ich nicht hier war.

Bob: Gott, Barney, wie kannst du sowas zu einem Freund sagen?

Barney: Du und 'n Freund, du Schwein! Ich weiß Bescheid.

Sandy: Ach fängst du schon wieder mit deinem eifersüchtigen Stuß an? Ich möchte solche Beschuldigungen nicht hören.

Barney: Ich weiß aber, daß es stimmt.

So geht es mehrere Minuten lang weiter, mit Beschuldigungen und Ablehnungen. Endlich gibt es einen kurzen Waffenstillstand, und sie beschließen, essen zu gehen. Sie trinken weiter. Die Szene in dem Restaurant wird, wie Barney sagt, recht feuchtfröhlich. Schließlich sind sie wieder in der Wohnung, sie streiten immer noch.

Barney (schmeichelnd): Komm schon, Sandy, gib's doch zu. Mir macht es nichts. Gott, ich bin doch nicht prüd. Alles ist erlaubt – heutzutage.

Sandy (endlich): Schön, wenn du's unbedingt wissen willst, wir haben's ein paarmal gemacht. Und nun?

Barney ist wie erschlagen. Ich halte das Spiel an und gebe ihm ein Double bei. Sie teilen einander mit, wie durcheinander sie sind.

Barney (weinend): Mir ist, als ob die beiden einzigen Menschen auf der Welt, die mir was bedeuten, mich verlassen hätten. Meine Mama und mein Vater sind beide tot. Die beiden waren meine ganze Familie. Ich bin vollkommen am Boden zerstört.

L. Y.: Was passiert nun?

Barney: Na, wir machen Frieden. Ich tat so, als ob ich mich damit abfände – aber natürlich fand ich mich nicht ab. Ich trank weiter und wurde so betrunken, daß ich auf meinem Bett eindöste.

L. Y.: Schön. Und dann?

Barney liegt auf dem Boden (Bett) mit seinem Double. Es ist mitten in der Nacht, gegen 3 Uhr morgens.

Barney (streckt sich): Ich hab eine Menge getrunken, jetzt steh ich auf und geh ins Bad.

Double: Wo Sandy und Bob bloß sind?

Barney: Kann's mir schon denken, will's aber nicht wissen.

Double: Na, besser wir schau mal.

Barney: Ich will's eigentlich nicht, aber ich kann mich nicht zurückhalten. *Sie gehen in das andere Zimmer.*

L. Y.: Was siehst du?

Barney: Da sind sie, die beiden gemeinen Schufte – nackt im Bett. Wahrscheinlich haben sie's grad gemacht und schlafen jetzt. Bob muß mich hören. Er macht für eine Sekunde die Augen auf, dann stellt er sich schlafend.

Wir lassen Bob und Sandy sich vor ihm hinlegen, aneinander geschmiegt und schlafend.

L. Y.: Sag, welche Gefühle du hast, wenn du sie anschaust.

Barney: Ich fühle einen Schmerz im Bauch. Ich spüre etwas Schweres. Ich bin betrogen. Ich bin ganz allein auf der Welt. Niemanden interessiert's. Ich werd es diesen Schuftten zeigen. Ich werd es allen zeigen. Der Gedanke blitzt mir durch den Kopf, es „ihnen zu geben“. Dann beschließ ich, ich mach mich lieber davon. Ich halte den Schmerz nicht aus.

Er geht ins Badezimmer, nimmt eine Rasierklinge und schneidet sich die Handgelenke auf.

L. Y.: Was denkst du?

Barney: Jetzt wird sich jemand um mich kümmern müssen. Es wird ihnen leid tun, wozu sie mich gebracht haben.

L. Y.: Sag das noch mal!

Barney (schreiend): Jetzt wird sich jemand um mich kümmern müssen!!

Um zu bekräftigen, was Barney sagt, lasse ich alle in der Gruppe dreimal laut ausrufen: JETZT WIRD SICH JEMAND UM MICH KÜMMERN MÜSSEN!!

An dieser Stelle wird klar, daß jeder einzelne in der Gruppe »sich kümmert« und von Barneys Sitzung tief berührt ist. In der Nachbesprechung reden etwa die Hälfte der Teilnehmer darüber, was sie zu verschiedenen Zeiten ihres Lebens in bezug auf Selbstmord empfunden haben. Mehrere hatten selbst schon einen Versuch gemacht, sich das Leben zu nehmen. Gefühle über das Allein- und Unbeachtetsein strömen hervor. Mehrere Teilnehmer kommen auf die Bühne und umarmen Barney.

L. Y.: Wie geht es dir jetzt, Barney?

Barney: Mir ist gut. Ich hab mir Sorgen darüber gemacht, seit ich im Krankenhaus bin. Ich habe mich immer wieder gefragt: Werde ich's noch mal versuchen? Jetzt glaube ich nicht mehr, daß ich das mache. Dies eben war so, als ob ich es noch mal machte, nur daß ihr alle bei mir wart, und da war es nicht so schlimm.

Ich glaube, ich hab da ein paar vollkommene Nieten als Freunde gehabt – aber ich weiß, nicht alle sind so wie diese zwei.

Ich habe ein gutes Gefühl, denn ich habe erfahren, daß eine Menge Leute schon dasselbe empfunden haben wie ich. Natürlich hab ich diese Erfahrung auch schon in meinem Beruf gemacht, aber heute glaube ich's wirklich. Vielleicht erledigt sich dieser »Versuch« jetzt von selbst. Ich weiß, ich will wirklich weiterleben.

Natürlich hatte Barneys Persönlichkeit noch andere dynamische Aspekte, die zu dem Selbstmordversuch beitrugen, und er bedurfte einer ausführlicheren Psychotherapie. Diese Sitzung jedoch bot ihm Gelegenheit, seinen Selbstmordversuch mit Hilfe der Gruppe zu erkunden. Es war nicht nötig, alle Einsichten, die er dabei gewann, laut auszusprechen. Zum großen Teil fand der Lernprozeß, den er durchmachte im Erleben dieser machtvollen Sitzung statt. Einen Selbstmord (oder Mord) im Psychodrama zu agieren gewährt die Möglichkeit, die Tat auszuführen, ohne die furchtbaren und endgültigen Folgen der echten Tat. Der Protagonist kann im Spiel seine Motive kennenlernen und so davon abgehalten werden, sie zerstörerisch im Leben zu agieren.

Beispiel 20.1: Psychoanalytisch-systemische Familientherapie bei Anorexie

Das Fallbeispiel einer Familie mit einer 23-jährigen anorektischen Indexpatientin verdeutlicht:

- die Verbindung von psychoanalytisch-mehrgenerationaler und systemisch-zirkulärer Perspektive,
- die Konzepte der bezogenen Individuation und der Delegation.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 20.2 Psychoanalytisch orientierte Familientherapie

Quelle

Schöll, I. & Reich, G. (1989).

Psychoanalytisch-systemische Familientherapie bei Anorexie – Skizze eines Behandlungsverlaufs.

System Familie, 2, 101–109.

Mit freundlicher Genehmigung.

Die Familie und ihr Problem – Anmeldung und Erstgespräch

Familie D. kommt wegen der 23jährigen Vera (Publizistikstudentin im 8. Semester), die bei einer Körpergröße von 1,70 m nur 41 Kilo wiegt, sich zum Essen zwingen muß, zudem unter unerträglichem Arbeits- und Verpflichtungsdruck leidet, zu uns. Zur Kernfamilie gehören die Mutter, 61 Jahre alt, Hausfrau, der Vater, 63 Jahre alt, Rentner, vorher Bautischler, und Waltraud, die Schwester der Indexpatientin, 34 Jahre alt, Sekretärin, ledig.

Zum *Erstgespräch* erscheint die Familie vollständig. Auf unsere Frage nach dem Problem erklärt die Mutter weinend, ihre Erziehung sei wohl „schiefgegangen“, auch der Vater und Waltraud meinen, „viele falsch gemacht“ zu haben, ohne daß dies konkret faßbar wird. Zu guter Letzt bezieht sich Vera mangelnder Fairneß: sie habe den anderen „gar nicht richtig erklärt“, weshalb sie Familientherapie wolle.

Schon hier wird ein zentrales Transaktionsmuster der Familie deutlich: Jeder „gesteht“ fehlerhaftes Verhalten ein. Dabei erscheinen diese „Bekennnisse“ zur Formel erstarrt wie das „mea culpa“ in der Messe. Die Familie begreift die therapeutische Situation offenbar als Gerichtsverhandlung, in der uns die Rolle der Richter bzw. Staatsanwälte zugeordnet ist [...]: Jeder legt „freiwillig“ ein „Geständnis“ ab, um im weiteren Prozeßverlauf auf mildernde Umstände hoffen zu können. Nach dieser Eröffnung erhalten wir folgende Informationen:

Die Familie lebt in sehr engem Kontakt mit den Angehörigen der Mutter, die aus einer alteingesessenen Bauernfamilie stammt. Der Hof wird von der Mutter und der Schwester von Frau D. bewirtschaftet; Frau D. hilft hier nach Kräften mit. Die nach der Heirat bezogene eigene Wohnung der D.s diente nur als Schlafquartier. Das eigentliche Familienleben spielte sich auf dem Hof ab. Dort wurden auch die streng regulierten Mahlzeiten eingenommen. Die Großmutter bestand auf absolut festen Essenszeiten, teilte stets die Portionen zu und wachte mit Argusaugen darüber, daß die Teller zügig leergegessen wurden. Vera hatte ihren Platz neben ihr.

Wie in jeder „Magersuchts“- und „Bulimie-Familie“ haben neben der Indexpatientin auch die anderen Mitglieder „Eßprobleme“. Der hager wirkende Herr D. kann wegen einer Magenoperation nur noch „kleine Portionen“ zu sich nehmen. Der Schwester Waltraud sitzt die Forderung „Du darfst auf keinen Fall dick werden“ fest im Hinterkopf; zeitweise wirkt sie so ausgemergelt wie Vera. Die füllige Frau D. tut „oft des Guten zuviel“.

Waltraud lebt seit Abschluß ihrer Ausbildung allein in der nahegelegenen Kreisstadt, hält täglichen Telefonkontakt zur Familie und verbringt die Wochenenden dort. Vera hat mit einem in Süddeutschland begonnenen Studium einen entschiedeneren Absprung versucht. Als bald quält sie jedoch der Gedanke, „vom sauer verdienten Geld der Eltern einen brotlosen Beruf zu studieren“. Sie arbeitet deshalb immer härter, ißt immer weniger und bricht schließlich zusammen. Nach einer „Pause“ im Elternhaus setzt sie ihr Studium im nahen M. fort. Nach einer deutlichen Verschlechterung ihres Zustandes ist sie nun in einer internistischen Abteilung stationär aufgenommen.

Erstarrung und Schuldbewußtsein der D.s werden im weiteren Verlauf des Gesprächs immer deutlicher. Die Familie lebt nach festen Regeln in einer sehr engen Beziehung zur mütterlichen Verwandtschaft und pflegt kaum Außenkontakte. Sie weist idealtypische Momente einer „psychosomatischen Familie“ auf (vgl. Stierlin 1988; Wirsching 1986). Veras Symptome treten entsprechend auf, als sie die

Loslösung versucht. Zudem entspricht die Familie dem von Sperling und Massing (1970, 1972) entwickelten Bild der „Magersuchtsfamilie“, nach dem die Großmutter mütterlicherseits als Vertreterin einer asketischen Ideologie Zentralfigur der gesamten familiären Dynamik ist. Der Mutter gelingt es nicht, sich von dieser zu lösen, so daß die neue Familie Anhängsel der alten bleibt [...].

Um Veras Erkrankung im mehrgenerationalen Kontext besser verstehen und die engen Bindungen bearbeiten zu können, laden wir zum nächsten Gespräch die Großmutter sowie die Schwester von Frau D., Veras Tante, mit ein.

Mehrgenerationale Muster (2. und 3. Gespräch)

Statt der geschilderten mächtigen, harten Großmutterfigur erscheint zur nächsten Sitzung eine hilflos wirkende durch mehrere Schlaganfälle stark beeinträchtigte Greisin und die durch harte Arbeit verhärtet wirkende Tante. Stockend und von Tränen unterbrochen erzählt vor allem die Großmutter ihre durch Krankheit und Tod der Männer gekennzeichnete Lebensgeschichte:

Ihr jüngerer Bruder, der von den Eltern lang ersehnte Hoferbe, starb kurz nach der Geburt. Es wurden keine weiteren Söhne geboren, so daß sie als Älteste den Hof bekam. Ihr einziger Sohn wurde kurz vor Kriegsende noch eingezogen und wenig später als vermißt gemeldet. Er ist erst vor ein paar Jahren für tot erklärt worden. Wäre er zurückgekommen, hätte Frau D.s Schwester den gemeinsam mit ihrem Mann bewirtschafteten Hof abtreten müssen. Der aus dem ersten Weltkrieg als Invalide zurückgekehrte, vor vier Jahren nach langer Krankheit verstorbene Großvater konnte keine landwirtschaftliche Arbeit verrichten.

Die Frauen konnten den bäuerlichen Besitz nur durch Tod und Invalidität der Männer behalten. Hieraus resultieren schwere Schuldgefühle, die die Großmutter durch ihre Sorge für die regelmäßige Ernährung aller Familienmitglieder in Schach zu halten versuchte; ihr Bruder verstarb an einer Durchfallerkrankung. Auch die asketische Grundhaltung, die Abwehr aller aggressiven Regungen und die bleierne Depressivität in der Familie werden so verständlich. Die tiefverwurzelte Erfahrung „Ich habe nur deshalb etwas bekommen, weil ein anderer gestorben ist“, wurde zur Formel: „Nur wenn ich verzichte, kann ein anderer überleben“.

Im weiteren Gespräch arbeiten wir heraus, daß den, der die Familie verläßt, Unglück oder Tod erwarten. Dies gilt nicht nur für die Männer, sondern auch für die Frauen: Die Schwester der Großmutter gebar ein behindertes Kind, als sie gegen den Willen der Eltern heiratete. Schließlich gab Veras Geburt der Großmutter nach einer Krebserkrankung den Mut zum Weiterleben. Dies verstärkte die enge Bindung.

Ein Netz aus Schuld (4.-10. Gespräch)

Vera verläßt nun den Schutz der Klinik und bezieht ein eigenes Zimmer. In der Stadt fühlt sie sich vielfältigen Versuchungen, sich z. B. etwas zu kaufen, ausgesetzt. Dies löst Schuldgefühle und heftige Angst aus. Ihr Eßverhalten kann sie nur schwer kontrollieren. „Ich denke immer, ich darf nur essen, wenn ich etwas geleistet habe.“ Dieser Norm versuchen alle Familienmitglieder unterschiedslos nachzukommen.

Niemand traut sich bisher offen, sich etwas zu gönnen. Dabei haben alle ihr Refugium gefunden, um sich der gedrückten Stimmung der Familie zu entziehen: Frau D. hat ihren Gesangverein, Herr D. seinen Hobbykeller, Waltraud ihre Handballmannschaft und Vera ihre Bücher. Aber alle fürchten das Deutlichwerden von Unterschieden, Meinungsverschiedenheiten oder gar Streit. Dies könnte den anderen verletzen, zu einem „Bruch in der Beziehung“ führen. Hierdurch sind alle häufig wie gelähmt. Insbesondere der schweigende Rückzug der Mutter setzt die Töchter oft unter Druck. Dabei leidet diese auch hierunter, war sie doch durch das abrupte Abwenden ihrer Mutter bei leisesten Differenzen häufig selbst zutiefst geängstigt.

Gegen Ende der 10. Stunde zieht Vera ihr Fazit: „Ich habe so ein Bild von einem Netz im Kopf, in das wir verstrickt sind. Ein Netz von Schuld. Ich habe Schuldgefühle, aber die gehen nicht so schnell weg; ich muß die irgendwie akzeptieren und mich nicht so davon leiten lassen ... , das ist das, was ich bisher aus den Gesprächen gelernt habe. Meine Mutter wird wohl so bleiben, wie sie ist, mich nicht durch Veränderung entlasten. Ich möchte nicht den Fehler der Frauen meiner Familie wiederholen, die durch Angst und Schuld fügsam geworden sind.“ Sie tritt damit erstmals aus dem Schuldzirkel, den Selvini (1982) eindrucksvoll für Magersuchtsfamilien beschreibt, heraus, behält aber ihr Druckmittel, die Magersucht, noch.

Unterschiede und Trennungen (7.-13. Gespräch)

Um gegenüber dem einblendenden Sog der Familie die Möglichkeit von Unterschieden, deren Existenz bislang ängstlich verleugnet wurde, deutlicher herauszuarbeiten, es der Familie zu erleichtern, sich deren Anerkennung zu gestatten, arbeiten wir mit zirkulären Fragen Unterschiede und Rangfolgen in der Kernfamilie und dem weiteren Familiensystem heraus [...].

Mit dieser Vorgehensweise gelingt es uns unter Umgehung der Widerstände, vor allem der Über-Ich-Angst, die von der Familie geleugneten sozialen Veränderungen, die innerhalb von zwei Generationen bewältigt werden mußten, langsam ins Bewußtsein zu heben: Den Niedergang der Landwirtschaft, der die Bauern in die unteren Ränge der gesellschaftlichen Hierarchie verwiesen hat; den Bildungsunterschied zwischen der Eltern- und Kindergeneration, der auch zwischen den Schwestern selbst ausgeprägt ist; den Verlust der herkömmlichen Werte, wonach es derjenige zu etwas bringt, der Land besitzt und hart arbeitet sowie die Zerstörung der neuen Hoffnung, daß ein Studium den gesellschaftlichen Aufstieg garantiert.

Vera macht in dieser Zeit eine erstaunliche Entwicklung durch. Sie kann ihre Mutter und sich selbst erstmals als eigenständige Personen wahrnehmen. In einem Brief „ohne Fragen, den man nicht beantworten muß“, versucht sie, dies der Mutter zu vermitteln. Ihr ist „jetzt klargeworden, daß meine Mutter ihre eigenen Probleme hat. Was sie denkt und tut, ist unabhängig von mir. Ich habe immer versucht, mich in meine Mutter hineinzusetzen, die Welt mit ihren Augen zu sehen. Das ist aber nicht mein Standort.“ Auf die Trennung von Vera reagiert die Mutter mit „inneren Blutungen“ und wird mit dem Verdacht auf Gebärmutterkrebs kurzfristig in eine Klinik eingewiesen. Die Befunde sind allerdings negativ. Die Parallele zur Geburtssituation Veras, die durch ihre Existenz dem Familienmythos zufolge die Krebserkrankung der Großmutter „heilte“, ist überdeutlich. Die Auflösung der Fusion [...], Veras „psychische Geburt“ (Mahler et al. 1980) hinterlassen zunächst eine innere Wunde bei der Mutter. Indem diese nicht mehr das Zentrum des Erlebens ihrer Tochter ist, kann sich Vera wirklich empathisch in sie „hineinversetzen“, ohne mit ihr zu „verschmelzen“. Damit scheint ein wichtiger Schritt zur „bezogenen Individuation“ (Stierlin et al. 1977) im Familiensystem gelungen zu sein. In der Folge sind auch Auseinandersetzungen – im doppelten Sinne – zwischen anderen Familienmitgliedern möglich.

Darf es besser gehen? – Das Dilemma der D.s (14.–18. Gespräch)

Veränderungen scheinen dennoch bedrohlich zu sein:

Vera kommt nach einer Frankreich-Reise – der erste Urlaub, den sie überhaupt allein unternahm – gut gelaunt erstmals in einem Kleid in die 14. Sitzung. Vor allem die Mutter und Waltraud reagieren hierauf zunächst mit düsteren Mienen, dann mit laut ausgesprochenen Zweifeln.

Frau D.: „Eine Schwalbe macht noch keinen Sommer.“ Waltraud pflichtet bei: „Meine Schwester ißt ja immer noch nicht normal. Sie wiegt nur 40 Kilo. Magersucht ist ja eine Sucht, wie Alkohol. Ein Alkoholiker bleibt süchtig, auch wenn er nicht trinkt.“ Auch Herr D. äußert sich skeptisch. Vera starrt ernst und zweifelnd vor sich hin. Ein Lächeln huscht über die Gesichter von Waltraud und Frau D.

Wir konnotieren sowohl Veras Fortschritte als auch den Widerstand der anderen positiv: „Veras Veränderung bringt sie aus einer lebensbedrohlichen Situation heraus. Das vermindert die Last, die auf ihnen allen liegt und zeigt, daß Veränderungen möglich sind. Aber Veränderungen und die damit verbundenen Trennungen haben in ihrer Familie immer wieder zu Unglück und Tod geführt. Unglück und bedrückte Stimmung sind ihnen das Vertraute geworden. Das Vertraute bietet Sicherheit. Sollte man es wagen, dies aufzugeben? Ist Zögern und Zurückhaltung nicht angemessen? Gute Stimmung bedeutet ja Veränderung, Aufgabe des Vertrauten.“

In den nächsten Sitzungen wird die bislang verleugnete Rivalität der Schwestern um die Zuneigung der Eltern von uns aktiv thematisiert.

„Wem es schlecht geht, der bekommt die Aufmerksamkeit“, formuliert Waltraud hier als ein wichtiges Prinzip. Vera hat die Magersucht als Mittel in der Auseinandersetzung eingesetzt, fühlt sich nun allerdings moralisch im „Minus“, da dies „unlauterer Wettbewerb“ ist. Der wird aufgedeckt, wenn sie nun selbstverantwortlich für ihr Gewicht Sorge trägt. Es gibt nämlich immer auch einen Kampf darum, die „moralisch Bessere“, die „Edlere“ zu sein, am wenigsten „Fehler“ zu machen. Das hieraus entstandene Dilemma fassen wir am Ende der achtzehnten Sitzung zusammen: „Wem es gut geht, der ist der Schlechtere. Wem es schlecht geht, der ist der Bessere. Aber man darf nicht der Bessere sein, denn dann ist man der Schlechtere.“

Die hieraus resultierende „Symmetrie durch Opfer-Eskalation“ (Selvini 1982) stellt mit dem Schuldproblem (keiner in der Familie ist bereit, wirklich Verantwortung zu übernehmen) den zentralen Punkt in der familiären Transaktion Magersüchtiger dar, der aufgelöst werden muß, wenn es zu einer

Besserung kommen soll. Zugleich ist die skizzierte Sequenz ein weiterer Schritt zur innerfamiliären Differenzierung, zur Auflösung des Harmonie-Mythos.

Frauenbilder – Sexualität (18.–21. Gespräch)

In der achtzehnten Stunde zentrieren wir auf Veras Eßprobleme, ihr Gewicht und ihr Körpererleben, nachdem wir uns vorher lediglich von Zeit zu Zeit nach ihrem Gewicht erkundigten, um eine akute Bedrohung auszuschließen.

Bei Familien mit eßgestörten Mitgliedern lassen Therapeuten oft entweder ganz im Sinne der Indexpatientinnen, die Symptomatik „links liegen“, oder sie konzentrieren sich, wie die Eltern, zu sehr hierauf, damit die Patientin schnell wieder „gut ißt“ („gut ist“). Beides läßt den *Sinn* des Symptoms nicht genügend deutlich werden.

Vera fürchtet, weiter zuzunehmen, da sie damit dem Frauenbild des Vaters entsprechen könnte, das auch Waltraud energisch ablehnt: „fraulich, rund, bloß nicht zu kompliziert“. In der sich nun heftig entfaltenden Auseinandersetzung schwingen deutlich spürbar abgewehrte Inzest-Ängste mit. Um den Intimbereich der Generationen bei dem äußerst konflikt- und angstbesetzten Thema Sexualität zu schützen, laden wir Eltern und Töchter zu getrennten Gesprächen ein. Die beiden Schwestern haben die vielfältigen familiären Verknüpfungen von Schuld und Sexualität, bei der unbewußte Inzestängste anklingen, kaum relativieren können. Während Waltraud oft ängstlich – abwehrend reagiert, weint Vera zum ersten Mal in einer Therapiesitzung, als sie ihre tiefe Identifikation mit der Sexualfeindlichkeit der Familie spürt. Sie sehnt sich nach körperlicher Berührung, kann ihre Angst aber nicht einfach überspringen.

Frau und Herr D. gewähren uns in ihrem Paargespräch nur kurze Einblicke in ihr Kennenlernen und ihre Ehe, wobei durchaus eine lustvolle Spannung zwischen beiden spürbar wird, ziehen sich dann rasch wieder auf die Darstellung der familiären Leidensgeschichte zurück. Genuß darf offensichtlich nur heimlich stattfinden. Wir bestätigen, daß so viel Leid auch nicht durch Therapie ungeschehen gemacht werden könne. Beide reagieren sichtlich erleichtert.

An diesem Punkt wollen Waltraud und die Eltern die Therapie nicht fortsetzen. Vera geht es deutlich besser. Wir verabreden ein abschließendes Gespräch in drei Monaten.

Abschluß

Im letzten (22.) Gespräch berichten alle Familienmitglieder von deutlichen Veränderungen:

Vera ist mit einer Freundin im Urlaub gewesen. Sie wiegt jetzt 54 kg und hat seit einem halben Jahr – seit die sexuellen Konflikte ins Gespräch gekommen sind – ihre Regelblutung wieder. Mit der Examenssituation kommt sie gut zurecht, hat danach Aussicht auf ein Promotionsstipendium. An der Universität hat sie inzwischen eine Reihe von Freunden und Bekannten gewonnen.

Waltraud engagiert sich aktiv im Leben ihres Vereins. Dort hat sie neue Außenkontakte geknüpft und fährt längst nicht mehr jedes Wochenende nach Hause. Die Mutter hat sich daran gewöhnt, daß ihre Töchter seltener kommen. Sie pflegt zur Zeit ihre eigene Mutter, die wohl bald sterben wird, und hat sich neue Aufgaben in der Kirchengemeinde gesucht. Die Eltern unternehmen jetzt mehr gemeinsam und reden sehr viel häufiger miteinander.

Mit einer Reihe zirkulärer Fragen zentrieren wir auf die Verarbeitung von Trennung und Distanz: Wer würde es am stärksten vermissen, wenn die Töchter seltener als bisher anriefen? Wen würde es am meisten drängen, den Kontakt wieder zu verstärken? Wer würde eher weitere Möglichkeiten für sich entwickeln, ohne den familiären Kontakt auszukommen? Wie, meinen die Töchter, würden Vater und Mutter sich hier gegenseitig unterstützen?

Dann bringen wir den Widerstand gegen weitere Therapie noch einmal ins Gespräch:

„Wer ist am erleichtertsten, Vera, nach Ihrer Vermutung, wenn wir die Familientherapie jetzt beenden?“ Vera: „Ich glaube, mein Vater, er hat es oft anstrengend gefunden und wohl am wenigsten profitiert.“ Herr D. bestätigt dies zum Teil: „Die Gespräche hier sind für mich richtige Arbeit gewesen. Man denkt immer, es ist keine Arbeit, geistige Arbeit, aber es war anstrengender für mich als früher auf dem Bau. Auch nach den Sitzungen mußte ich oft noch nachdenken. Ich glaube, so ganz unrecht hat Vera nicht, aber meine Frau hat mehr gelitten als ich.“ Frau D. hat immer wieder unter Schuldgefühlen gelitten. Waltraud anfangs ebenfalls, später sah sie dann auch bei sich Probleme. Als Vera dann meint, am meisten profitiert zu haben, beginnt sich die alte depressive Stimmung wieder auszubreiten. Vermutlich fühlt sich Vera schuldig: sie „profitierte“, die anderen „opferten“. Wir fragen daraufhin die Mutter, was ihrer Meinung nach für Vera am belastendsten war. Frau D.: „Uns weh zu tun, daß sie ausgesprochen hat, was wir nicht gern hören wollten.“ Vera: „Das stimmt nur zum Teil. Schwerer war

es für mich, zu merken, was ich mit dem Hungern erreichen wollte: mich von den Eltern in Abhängigkeit zu halten, unselbständig zu bleiben. Ich hatte ein ganz anderes Bild von mir.“

Um die Individuation in der Familie und die Besserung Veras zu unterstützen, nehmen wir in unserem Schlußkommentar mögliche Auslöser für einen Rückfall vorweg:

Anscheinend hat jeder aus der Familie ein Opfer gebracht. Es mag sich vielleicht verrückt anhören, aber Krankheiten wie Magersucht festigen oft den Zusammenhalt der Familie. Sie haben etwas, um das sich alle kümmern können. Die Magersucht hat die Gemeinsamkeit gefördert. Es könnte nun sein, daß, wenn es in der Familie schlechter geht, etwa wenn Großmutter stirbt, daß Vera wieder anfängt zu hungern oder daß jemand anderes anfängt, wieder Kind sein zu wollen, weil er meint, die Familie braucht es wieder. Es könnte aber auch sein, daß Vera, wenn es mit ihrer Entwicklung so weitergeht, wieder Schuldgefühle bekommt, daß etwas in ihr sagt: „Du entwickelst Dich zu positiv. Dafür mußte die ganze Familie ein Opfer bringen. Alle sind zur Therapie gekommen. Dir geht es auf Kosten der anderen immer besser.“ Das könnte Vera dazu bringen, daß sie sich sagt: „Die Schuldgefühle sind zu groß; ich entwickle mich zu gut. Schluß mit dieser Entwicklung. Ich magere wieder ab.

Es wird ein katamnestisches Gespräch nach Ablauf eines Jahres verabredet.

Literatur

Mahler M., Pine F. & Bergmann A (1980). Die psychische Geburt des Menschen. Fischer, Frankfurt a. M.

Reich G (1987). Systemische Vorgehensweisen in der Mehrgenerationen-Familientherapie. Vortrag, gehalten am 8. 12. 1987 im familientherapeutischen Kolloquium der Abteilung für Psychoanalytische Grundlagenforschung und Familientherapie der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg

Selvini-Palazzoli M (1982). Magersucht. Klett-Cotta, Stuttgart

Sperling E, Massing A (1970). Der familiäre Hintergrund der Anorexia Nervosa und die sich daraus ergebenden therapeutischen Schwierigkeiten. Z Psychosom Med Psychoanal 14: 130–141

Sperling E, Massing A (1972). Besonderheiten in der Behandlung der Magersuchtfamilie. Psyche 5: 357–369

Stierlin H (1988) Familie als Ort psychosomatischer Erkrankung. Familiendynamik 13: 288–299

Stierlin H, Rücker-Embden I, Wetzell N, Wirsching M (1977). Das erste Familiengespräch. 3. Aufl. 1985. Klett-Cotta, Stuttgart

Wirsching M (1986). Familiendynamik und Familientherapie in der Psychosomatik. In: v. Uexküll Th (Hrsg.), Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, Berlin Wien, S. 305–315.

Beispiel 20.2: Salvador Minuchin im Gespräch mit den Wagners

Das Fallbeispiel einer jungen „normalen“ Familie verdeutlicht:

- wie sich durch die Geburt eines Kindes eine Neustrukturierung der Familienorganisation ergibt,
- wie durch systemisches Fragen das eheliche und elterliche Subsystem mit ihren spezifischen Transaktionsmustern herausgearbeitet werden.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 20.3 Strukturelle Familientherapie

Quelle

Minuchin, S. (1992). Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. Freiburg i. B.: Lambertus. S. 30–41, S. 46–55.

Die Wagners, mit denen das nun folgende Gespräch geführt wurde, sind eine ganz gewöhnliche Familie; daß heißt, die Ehepartner haben eine ganze Reihe von Problemen und Schwierigkeiten, die sich auf ihren Umgang miteinander, auf die Erziehung der Kinder, auf das Verhältnis zu den jeweiligen Schwiegerfamilien und auf die Bewältigung der äußeren Welt beziehen. Wie alle normalen Familien liegen sie ständig im Kampf mit diesen Problemen und handeln ständig die Kompromisse aus, die das Zusammenleben erst ermöglichen.

Das Gespräch mit ihnen wurde geführt, um die Phasen und Prozesse der Familienentwicklung aufzuzeigen. Da die Wagners eine junge Familie sind, galt die Sitzung vornehmlich der Erkundung der Frage, wie die Familie entsteht und welche Veränderungen sich durch die Geburt des ersten Kindes in der Familie ergeben.

Eine Reihe von Aufgaben liegen am Beginn des ehelichen Lebens vor dem jungen Paar. Die Ehegatten müssen in einer Vielzahl kleiner Routineangelegenheiten eine Übereinkunft erzielen und Regeln festsetzen. Das betrifft beispielsweise das Zubettgehen und Aufstehen zur gleichen Zeit, das gemeinsame Essen, das Tischdecken und -abräumen, das Sexualleben, die Benützung des Badezimmers und die Lektüre der Sonntagszeitung, das Fernsehen und die Auswahl des Programmes, das gemeinsame Ausgehen und die Beschäftigungen, an denen beide Freude haben.

In diesem Prozeß der gegenseitigen Anpassung entwickelt das Paar eine Reihe von Transaktionen, die immer dem gleichen Muster folgen – Modalitäten, nach denen jeder Ehepartner ein Verhalten von seiten des anderen auslöst und überwacht und seinerseits von der vorausgegangenen Verhaltenssequenz beeinflusst wird. Diese transaktionalen Muster bilden ein unsichtbares Gewebe einander ergänzender Forderungen, die viele familiäre Situationen regeln.

Das Paar sieht sich auch der Aufgabe gegenüber, sich von der jeweiligen Herkunftsfamilie zu trennen und eine neue Beziehung zu Eltern, Geschwistern und der neuen Schwiegerfamilie auszuhandeln. Loyalitäten müssen sich verlagern, denn die oberste Verpflichtung der neuen Partner besteht gegenüber ihrer Ehe. Die Herkunftsfamilien müssen diesen Bruch akzeptieren und unterstützen.

In der gleichen Weise müssen auch die Beziehungen mit der außerfamilialen Welt – mit Arbeit, Pflichten, Vergnügungen – neu organisiert und neu reguliert werden. Es muß eine Entscheidung darüber erzielt werden, wie weit die Forderungen der Außenwelt sich in das Leben der neuen Familie hineindrängen dürfen. Jeder Ehegatte trifft auf die Freunde des anderen und muß auswählen, welche von ihnen gemeinsame Freunde des Paares werden sollen. Jeder gewinnt möglicherweise neue Freunde und verliert die Verbindung mit alten.

Die Geburt eines Kindes verändert die Familienorganisation radikal. Die Funktionen der Ehegatten müssen differenziert werden, um die Forderungen des Säuglings nach Pflege und Fürsorge zu erfüllen und die zeitlichen Beschränkungen aufzufangen, die damit auf die Eltern zukommen. Die physische und emotionale Bindung an das Kind verlangt gewöhnlich nach einer Veränderung der transaktionalen Muster der Ehegatten. Neue Subsysteme tauchen in der Organisation der Familie auf, wobei Kindern und Eltern wieder andere Funktionen zufallen. Diese Periode erfordert auch eine Klärung der Grenzen gegenüber der erweiterten Familie und der extrafamilialen Umwelt. Großeltern, Tanten und Onkel beteiligen sich an der Unterstützung, Ordnung oder Organisation der neuen Funktionen in der Familie. Oder die Grenze rund um die Kernfamilie wird verstärkt.

Die Kinder werden größer und sind eines Tages erwachsen. Neue Geschwister kommen in die Familie, oder die Eltern werden Großeltern. In den verschiedenen Perioden ihrer Entwicklung muß die Familie sich also neu anpassen und neu strukturieren. Veränderungen in der relativen Stärke und Produktivität der Familienmitglieder erfordern ständig neue Anpassungen, so wie dies auch der allgemeine Wandel von der Abhängigkeit der Kinder von ihren Eltern zur Abhängigkeit der Eltern von ihren Kindern nötig macht. Wenn die Kinder die Familie verlassen, taucht die ursprüngliche Einheit von Mann und Frau wieder auf, aber unter ganz anderen sozialen Umständen. Die Familie muß sich mit inneren und äußeren Veränderungen auseinandersetzen, gleichzeitig aber ihre Kontinuität wahren, und sie muß das Wachstum aller ihrer Mitglieder unterstützen und fördern, während sie sich zugleich an eine Gesellschaft anpaßt, die sich ständig wandelt. Diese Aufgaben sind nicht leicht.

Das Ehepaar, mit dem das nun folgende Gespräch geführt wurde, offenbart einige dieser Schwierigkeiten. Emily und Mark Wagner sind seit vier Jahren verheiratet. Sie haben einen dreijährigen Sohn Tommy. Vor einem Jahr haben sie einen Eheberater aufgesucht und vier Sitzungen bei ihm absolviert. Heute bezeichnen sie sich als eine normale Familie, die sich durch ihre Schwierigkeiten hindurchgekämpft hat. Sie sind stolz darauf, eine Entwicklungsstufe erreicht zu haben, die durch persönliches Wachstum und gegenseitige Unterstützung gekennzeichnet ist.

Sie schrieben auf eine Anzeige in der Lokalzeitung, mit der eine normale Familie gesucht wurde, die sich gegen Bezahlung zu einem Gespräch zur Verfügung stellen würde. Das Interview wurde vor einem großen Zuhörerkreis von Familientherapeuten geführt, die im gleichen Raum saßen und den Verlauf des Gespräches mit großem Interesse verfolgten. Tommy war ebenfalls anwesend und spielte mit einer Betreuerin.

Hier handelt es sich nicht um ein therapeutisches, sondern eher um ein entwicklungsbezogenes Interview, das einerseits der Beschaffung historischer Daten dienen und andererseits klären sollte, wie die Beteiligten ihr Familienleben wahrnehmen. Ein Interview mit einer normalen Familie enthält einen implizit vorhandenen Kontrakt: Die Familie, die sich zu Beginn als normal bezeichnet hat, wird durch das Interview in dieser Ansicht bestätigt und unterstützt. Auch nach Beendigung des Interviews wird sie sich als normale Familie betrachten.

Minuchin: Als erstes würde ich gerne erfahren, warum Sie gekommen. Wie sind Sie zu diesem Entschluß gekommen? Wie war das im einzelnen?

Mr. Wagner: Der Samstag, soweit es mich betrifft, ist sozusagen unser freier Tag. Was meine Frau dann gerne unternehmen möchte, nun, das machen wir eben. Ich bin damit einverstanden. Der Sonntag ist dann mehr oder weniger mein Tag.

Minuchin: Das ist interessant. Das heißt, Sie haben beschlossen, das Wochenende so einzuteilen, daß an einem Tag Sie die wichtigen Entscheidungen treffen und am anderen Ihre Frau?

Mr. Wagner: Ganz so ist es nicht ...

Minuchin: Es ergibt sich einfach so. Wie ist das gekommen? Das ist in der Rückschau interessant; wie sind Sie denn zu dieser Art der Entscheidungsteilung gekommen? Wissen Sie das noch?

Mr. Wagner: Das ist schwer zu sagen. Früher arbeitete ich von Montag bis Samstag im Krankenhaus, und am Samstag wurde dann nichts Besonderes mehr unternommen. Der Sonntag war mein freier Tag, jedenfalls in meinen Augen. Und als dann der Samstag auch arbeitsfrei wurde, ist sie gleich darauf gesprungen, um es mal so zu sagen. Ich wollte sie nicht gerne über den Sonntag bestimmen lassen, denn der Sonntag war eben so etwas wie mein Tag.

Minuchin: Sie haben also diese Art ungeschriebener Regel aufgestellt, ohne jemals ausdrücklich festgestellt zu haben, daß Sie in dieser Weise verfahren.

Mrs. Wagner: In der Regel geht er sonntags angeln oder so, und ich gehe auch meiner Wege. Wir haben es immer so gehalten, jedenfalls seit ungefähr einem Jahr.

Minuchin: Sonntags geht er angeln. Samstag ist der Tag, an dem Sie etwas zusammen unternehmen, und Sie entscheiden.

Mr. Wagner: Nein, so ist es nicht, so streng ist es nun auch wieder nicht. Ich würde sagen, am Samstag sind die Aussichten größer, daß meine Frau entscheidet, was wir machen.

Mrs. Wagner: Meistens habe ich etwas geplant, was ich gerne tun möchte, und gewöhnlich tun wir das dann auch.

Die Wagners sprechen über ein transaktionales Muster, das sich im Laufe ihrer Ehe entwickelt hat. Sie sind zwar in der Lage, die Entstehung dieses Musters zu rekonstruieren, und sie bezeichnen es nicht als

„streng“, aber es ist eben doch eine Regel, die Teil ihres gemeinsamen Lebens geworden ist. Emily Wagner hat für den Samstag „meistens etwas geplant“, und „gewöhnlich“ tun sie das dann auch. Am Sonntag geht jeder Ehepartner seinen eigenen Beschäftigungen nach. Beide würden einen unnötigen Bruch dieses Musters als persönlichen Verrat betrachten. Moralische und emotionale Komponenten gehören also ebenfalls zu den vertragsmäßigen transaktionalen Mustern, selbst wenn deren Ursprünge und Gründe nicht bekannt sind.

Minuchin: Und wie war es nun in diesem Fall? Warum wollten Sie herkommen?

Mrs. Wagner: Ach so, ja. Ich las die Anzeige in der Zeitung und rief an. Meine Mutter hat sie auch gelesen.

Minuchin: Ihre Mutter? Lebt Ihre Familie in der Nähe?

Mrs. Wagner: Am gleichen Ort.

Mr. Wagner: Morgen gehen wir zu meinen Eltern.

Minuchin: Leben Ihre Eltern auch in der Nähe?

Mr. Wagner: 200 Meter von uns.

Minuchin: Und Ihre Eltern?

Mrs. Wagner: Ungefähr 5 km von uns entfernt.

Minuchin: Wie wichtig sind Ihnen Ihre Eltern?

Mr. Wagner: Ich würde sagen, daß ...

Mrs. Wagner: Nicht so sehr, eigentlich.

Mr. Wagner: Nein, nicht so wichtig wie ihre Eltern.

Mrs. Wagner: Seine Eltern arbeiten beide, und in der Regel sehen wir seine Eltern nicht so häufig, wenn sie arbeiten, und sie haben nur den Sonntag, um Dinge zu erledigen, die eben erledigt werden müssen. Wir sehen sie nicht so oft wie meine Eltern, aber die sehen wir auch nicht sehr häufig. Er nicht. Ich schon eher, so unter der Woche.

Minuchin: Das heißt also, Emilys Familie hat mehr mit Ihrer Familie zu tun als Marks. War das schon am Anfang so, bevor Tommy geboren wurde?

Mr. Wagner: Ja.

Mrs. Wagner: Wir haben bei meinen Eltern gewohnt, bevor Tommy kam, am Anfang unserer Ehe.

Minuchin: Sie sind nach der Heirat zu Ihren Eltern gezogen?

Mrs. Wagner: Er war ja noch in der Ausbildung. Er hatte noch ein Semester an der Universität vor sich: Und so sind wir eben dort geblieben. Wir haben von April bis August bei ihnen gewohnt. Es war furchtbar.

Minuchin: War Ihre Familie nicht einverstanden mit ihm?

Mrs. Wagner: Oh doch, aber sie dachten, daß ... Wir sind schon zusammen gegangen, als ich 16 war. Ich war 16, und er war 17, und als wir anfangen, miteinander zu gehen, sagten sie gar nichts, bis ... ja, ich denke, bis wir sagten, daß wir heiraten wollten.

Minuchin: Wie alt waren Sie, als Sie heirateten?

Mrs. Wagner: Neunzehn.

Minuchin: Und haben Ihre Eltern Sie gebeten, zu ihnen zu ziehen?

Mrs. Wagner: Sie sagten einfach, ihr könnt doch bei uns wohnen. Später gingen wir ja nach Kansas.

Minuchin: Und war das nach Ihrer Meinung die einzige Lösung, oder hätten Sie noch eine andere Möglichkeit gehabt?

Mr. Wagner: Ja, wir hätten auch für uns leben können, aber ich war ja noch in der Ausbildung, ich wollte das nicht abbrechen, und ich wollte es auch nicht reduzieren, und das konnten wir uns nur leisten, wenn wir an der Miete sparten, und so haben wir zugesagt. Wir hätten ja auch wegziehen können, aber unter den damaligen Umständen haben wir ihr Angebot angenommen, dadurch konnten wir etwas sparen, und wir waren ja nicht ihre Gefangenen; es war nicht so, daß wir gezwungen gewesen wären, dort zu leben; es war eine wirtschaftliche Überlegung. Wir haben uns gesagt, daß es für eine Weile schon gehen würde.

Minuchin: Und dann? Hier sind Sie nun, Sie kommen aus zwei Familien, Sie tun sich zusammen und wollen sich etwas Eigenes aufbauen, und dann ziehen Sie zu Ihrer Familie – ging das denn gut? Wie lange haben Sie da gewohnt? Sechs Monate?

Mrs. Wagner: Vier Monate. Ich habe es doch bedauert, daß ich nicht in meiner eigenen Wohnung war. Ich konnte das einfach nicht, ich konnte da nicht Ehefrau sein.

Minuchin: Wieso konnten Sie nicht Ehefrau sein?

Mrs. Wagner: Oh, das kann ich nicht erklären; Frauen empfinden eben so.

Mr. Wagner: Nein, ich glaube, dazu kann ich ein bißchen was sagen. Es war der Ärger auf ihren Vater. Ihr Vater ist ein Mensch, der immer ganz genau sagt, wie etwas gemacht werden soll. Für mich war es gar nicht so schwierig, seinen Empfehlungen zuzustimmen oder sie auch einmal abzulehnen, und er hat sich auch gar nicht darüber geärgert, so daß mich das Ganze gar nicht so sehr störte. Aber sie, wegen dieser Emotionen, die sie ihrem Vater gegenüber aufgebaut hat, sie hat einfach jeden Vorschlag von ihm zurückgewiesen und sich darüber geärgert, daß er immer und überall etwas mitzureden hatte.

Minuchin: Wir wollen mal sehen, ob ich das anders sehe, was Mark gerade gesagt hat. Sie haben geheiratet, und Sie (zur Frau) wollten von Ihrer Familie weg. Sie wollten eine Grenze ziehen und glaubten, er würde ihnen dabei helfen. Dann wohnten Sie zu Hause bei Ihren Eltern, und Mark kam gut mit ihnen aus. Hat er Sie unterstützt, hat er Ihnen geholfen, die Grenze rund um Ihr Dasein als Ehefrau zu verstärken, oder wurde er eher zum Sohn Ihrer Eltern?

Mrs. Wagner: Ich weiß nicht, ob ich darauf antworten kann.

Minuchin: Waren Sie manchmal wütend auf ihn, wenn er sich mit Ihrem Vater einig war, während Sie gerade ärgerlich auf Ihren Vater waren? Oder wenn er sich mit Ihrer Mutter einig war, während Sie gerade wütend auf Ihre Mutter waren?

Mrs. Wagner: Nein, er hat eigentlich niemals Partei ergriffen ...

Minuchin: Das ist unmöglich.

Mr. Wagner: Ich habe nicht wirklich Partei ergriffen ...

Minuchin: Das ist ganz unmöglich.

Mrs. Wagner: Nein, er hat niemals zu einem von uns gesagt: „Du bist im Unrecht“. Und meistens ... meistens war *ich* im Unrecht. Meine Familie nicht. *Ich* hatte unrecht.

Minuchin: Sehen Sie – gerade dadurch, daß er nicht Partei ergriff, hat er eben doch Partei ergriffen.

Mrs. Wagner: Er hat ganz einfach gar nichts gesagt.

Minuchin: Das ist aber Parteinahme gewesen. Denn Sie, haben Sie denn nicht erwartet, daß er sich auf Ihre Seite schlagen würde?

Mrs. Wagner: Oh ja, aber ...

Minuchin: Also, und wenn er das nicht tat, dann stand er eben auf der anderen Seite.

Mrs. Wagner: Aber wenn er den Mund aufgemacht hätte, dann hätte es nur noch mehr Ärger gegeben.

Minuchin: Wenn er sich nicht ebenfalls gegen Ihre Mutter gewandt hat, wenn Sie sie angriffen, dann hat er eben doch Partei für sie ergriffen, selbst wenn er überhaupt nichts getan hat.

Mrs. Wagner: Hm.

Wenn zwei Menschen sich in der Absicht zusammentun, eine Familie zu gründen, dann ist das der formale Beginn einer neuen familialen Einheit. Aber es liegen viele Stufen zwischen dem formalen Beginn einer Familie und dem Zustandekommen einer lebensfähigen Einheit. Zu den Aufgaben des neuen Paares gehört die Klärung ihrer Beziehungen zu den bei den Herkunftsfamilien. Jede Herkunftsfamilie muß ihrerseits die Trennung oder teilweise Trennung von einem ihrer Mitglieder hinnehmen, ein neues Mitglied aufnehmen und das eheliche Subsystem in das gesamte Familiensystem assimilieren. Wenn sich die seit langem bestehenden Strukturen der Herkunftsfamilien nicht ändern, können sie das Zustandekommen der neuen Einheit bedrohen.

Minuchin: Wie war es im einzelnen? Mit wem haben Sie denn Streit gehabt? Mit Ihrem Vater oder mit Ihrer Mutter?

Mrs. Wagner: Mit meiner Mutter – nein! Ich weiß nicht. Ich erinnere mich nicht mehr.

Mr. Wagner: Mit deinem Vater auf dem Weg über deine Mutter.

Mrs. Wagner: War es so? Ich weiß es nicht mehr, es ist schon so lange her.

Minuchin: Er sagt: „Mit deinem Vater auf dem Weg über deine Mutter.“ Das ist nett ausgedrückt. War es so?

Mr. Wagner: Es hatte nicht ausschließlich mit ihrem Vater und ihrer Mutter zu tun, ein Teil der Schwierigkeiten kam auch von mir. Ich hatte immer das Gefühl, daß meine Schwiegermutter und ich in gewisser Weise als Pufferzone zwischen ihnen fungierten. Ich dachte, ich könnte es meiner Frau sagen, wenn sie im Unrecht war (und wenn sie vollständig im Unrecht war, dann habe ich ihr das auch wirklich manchmal gesagt), aber wenn ich nicht das Gefühl hatte, daß sie ganz im Unrecht war, dann ... dann habe ich wohl gedacht, daß sie in ihrem Vorgehen zwar unrecht hatte, aber daß es vielleicht einen Grund dafür gab, zumindest soweit es sie betraf.

Minuchin: Ist Mark immer logisch?

Mrs. Wagner: Hm.

Minuchin: Das muß schlimm sein.

Mrs. Wagner: Manchmal schon. Er ist sehr logisch, und ich bin absolut unlogisch. Wir sind so verschieden wie Tag und Nacht.

Minuchin: Während dieser Zeit sollten Sie also Ehefrau sein und waren doch immer noch Tochter.

Mrs. Wagner: Ja.

Minuchin: Und sie wurden einfach nicht erwachsen. Ihre Eltern meine ich – sie wurden nicht erwachsen.

Mrs. Wagner: Nicht meine ... nein, ich würde nicht sagen, meine Eltern; ich würde sagen, *ich* wurde nicht erwachsen.

Minuchin: Nein, auch sie wurden nicht erwachsen.

Mrs. Wagner: Ich glaube, da kann ich Ihnen nicht zustimmen.

Minuchin: Sie behandelten Sie weiter als Tochter, und das zu einem Zeitpunkt, zu dem Sie doch verheiratet, also Ehefrau waren.

Mrs. Wagner: Vielleicht haben sie das getan. Ja, wahrscheinlich war es so.

Minuchin: Sehen Sie. Das heißt, daß sie eben auch nicht erwachsen wurden. Ihnen gegenüber, der neuen Situation gegenüber, verfuhr sie weiter so, daß sie Sie als Tochter behandelten, während Sie doch nun jemand anders geworden waren. Sie waren zwar Tochter, aber Sie waren auch Ehefrau.

Mrs. Wagners Eltern gelang es nicht, sich an die veränderten Umstände anzupassen. Statt zu lernen, ihre Tochter als Ehefrau zu behandeln, die mit dem Aufbau einer neuen sozialen Einheit beschäftigt war, behandelten sie sie weiterhin hauptsächlich als ihre Tochter und brachten den neuen Ehemann in die schwierige Situation, gewissermaßen zwischen seiner Frau und seiner Schwiegermutter wählen zu müssen. Was die Wagners beschreiben, ist ein Problem der „Grenzen“ – das Problem des Aushandelns angemessener Regeln für die Bildung neuer Subsysteme. Es ist zugleich das Problem des unangemessenen Festhaltens an bestehenden transaktionalen Mustern.

Minuchin: Wie heißen Sie mit Vornamen?

Mrs. Wagner: Emily.

Minuchin: Emily. Gut. Ich heiße Sal. Was für eine Art Familie ist Ihre Familie? Vielleicht können Sie sie beschreiben. Und Mark kann Ihnen helfen, aber nur, wenn es nötig ist. Einverstanden? Sie fangen an, und vielleicht ruft sie Sie, Mark, wenn sie Sie braucht.

Mrs. Wagner: Ich habe einen Bruder, mit dem ich bis vor etwa drei Jahren überhaupt nicht gesprochen habe. Wir waren wie Hund und Katze miteinander. Zu meiner Mutter habe ich eine enge Beziehung. Meinen Vater konnte ich nicht leiden, bis ich heiratete. Das ist eigentlich alles.

Minuchin: Das klingt nicht nach allzu großer Nähe und Vertrautheit.

Mrs. Wagner: Nein, aber es besteht doch eine gewisse Nähe und eine gewisse Permanenz.

Minuchin: Waren sie sehr streng, wollten sie immer wissen, wohin Sie gingen und was Sie taten?

Mrs. Wagner: Mein Vater schon, meine Mutter nicht. Meine Mutter war sehr nachsichtig; sie hat sich immer vor mich gestellt.

Minuchin: Hm. Das Verhältnis zwischen Ihrem Vater, Ihrer Mutter und Ihnen war also so, daß Sie den einen gegen den anderen ausspielen konnten.

Mrs. Wagner: Ja, aber ... Ich habe mit dreizehn schon geraucht. Mein Vater wollte es nicht erlauben, bevor ich 16 war, aber vor meiner Mutter durfte ich rauchen. Wenn er nicht da war, habe ich fast das Haus abgebrannt.

Minuchin: Das ist ja eine richtige Triangel.

Mrs. Wagner: Ich sagte oft, daß es mir schlecht sei, und ging dann einfach nicht in die Schule, und sie wußte, daß es mir nicht länger als bis 8.15 Uhr übel sein würde, und deckte mich dann schon, wenn ich doch den ganzen Tag draußen war.

Mr. Wagner: Oder sogar noch ein bißchen länger ...

Minuchin: Einen Augenblick, bitte. Sie beschreibt ihre Familie, und nur wenn es nötig ist, soll sie Sie fragen.

Mrs. Wagner: Er möchte sich halt beteiligen.

Mr. Wagner: Zum Beispiel später, als wir uns schon kannten, wenn wir dann bis zwei oder drei Uhr nachts wegblieben – wenn der Papa das gewußt hätte, oh je!

Mrs. Wagner: Dein Vater und deine Mutter wußten es auch nicht.

Mr. Wagner: Oh doch, aber es war ihnen egal. Das ist der Unterschied.

Minuchin: In Ihrer Familie gab es also etwas zwischen Ihrem Vater und Ihrer Mutter, bei dem Sie sich Ihrer Mutter anschlossen.

Mrs. Wagner: Ich erinnere mich an einen Vorfall, ich weiß nicht mehr, worum es ging, bei dem mein Vater über irgendetwas wütend war. Ich war eben frech, ich hatte ein loses Mundwerk und scheute mich nicht, ihm zu sagen, daß er mich in Ruhe lassen sollte. Ich muß etwa 15 gewesen sein, ich weiß nicht einmal mehr, was es war, womit ich ihn verärgert hatte, aber ich weiß noch, daß er nicht mit mir sprach, weil er wütend war über das, was ich getan hatte, und meine Mutter ließ mich fortgehen, weil sie in dieser Sache nicht seiner Meinung war, und er sprach den ganzen Tag lang auch nicht mehr mit ihr, so aufgebracht war er. Ich meine, das war so eine Situation, nur ein kleiner Vorfall ...

Minuchin: Dann bekämpfte also Ihre Mutter Ihren Vater auf dem Weg über Sie.

Mrs. Wagner: Wahrscheinlich, ja. Ich kann mich nicht erinnern, daß mein Vater mich je geschlagen hätte, bis ich 15 war, und dann tat er es. Ich glaube, er hat mich einmal verprügelt. Nein, er hat mich ein paar Mal verprügelt, und das hat genügt. Ich sprach nicht mehr mit ihm. Zu seinem Bruder sagte er, ich sei sehr arrogant, und ich hätte keinen Respekt vor ihm.

Minuchin: Ich möchte gerne von Ihnen beiden hören, in welcher Weise sich eine Familie entwickelt. Wir haben mit Ihrer Familie und mit dem angefangen, was ich für eine Triangel halte. Jetzt zu Ihrer Familie, Mark. Was für eine Familie war das? Ich möchte, daß Sie verstehen, was ich vorhabe. Ich möchte wissen, was Sie aufbauen oder neu erschaffen müssen, um sich von Ihren Ursprungsfamilien zu lösen.

Mr. Wagner: Ich fange wohl am besten bei den Unterschieden an. In meiner Familie herrscht nämlich ganz im Gegensatz zu Emilys Familie eine große Nähe und Vertrautheit. Ich habe einen Bruder und eine Schwester, und wir haben alle ein sehr gutes Verhältnis zueinander. Vielleicht liegt das daran, daß meine Eltern ihre Zusammengehörigkeit immer ausgesprochen betont haben.

Minuchin: Wie viele Geschwister haben Sie?

Mr. Wagner: Einen älteren Bruder und eine jüngere Schwester. Wir haben immer alles gemeinsam getan, und es gab kaum Meinungsverschiedenheiten oder Streit in unserer Familie.

Mrs. Wagner: Ich glaube, das stimmt nicht. Du weißt, daß deine Mutter ...

Minuchin: Einen Augenblick. Sind Sie einverstanden, daß sie sich beteiligt?

Mr. Wagner: Ja.

Mrs. Wagner: Du und deine Mutter, ihr tut immer so, als ob ihr alle so vertraut miteinander wäret, aber dein Vater steht abseits.

Mr. Wagner: Ja, er kommt gewissermaßen immer hinterher. Meine Mutter war immer die Anführerin, die Fackel in der Familie.

Minuchin: Eine große oder eine kleine Fackel?

Mr. Wagner: Eine kleine – etwa so groß (lacht).

Minuchin: Und sein Vater stand abseits?

Mrs. Wagner: Sein Vater hatte eigentlich nichts mit der Familie zu tun. Seine Mutter war die Anführerin; ich meine, sie traf die Entscheidungen, sie tat alles für die Kinder.

Mr. Wagner: Sie hat sich um meine Kleidung und meinen Umgang und um alles gekümmert. Das stimmt. Oder es stimmte, es hat bis heute gestimmt. Ohne jetzt weit auszuholen, kann ich wohl sagen, daß der einzige, mit dem wir wohl nicht so vertraut waren, mein Vater war. Er war der einzige, der vielleicht etwas anders war, insofern als er nicht Mitglied dieser Einheit war. Jetzt ist die Situation aber ganz anders. Damals allerdings war er ein Außenseiter. Es gab nicht so sehr viel Streit, weil wir uns gewissermaßen aus dem Weg gingen.

Minuchin: Sie und Ihr Vater.

Mr. Wagner: Ja. Ich habe ihn ganz einfach gemieden. In Wahrheit habe ich das gleiche auch mit ihrem Vater gemacht, wenn ich nicht seiner Meinung war.

Minuchin: Bei Meinungsverschiedenheiten gehen Sie anderen Leuten also aus dem Weg?

Mr. Wagner: Wenn ich nicht seiner Meinung war, habe ich ihn gemieden, sozusagen. Ich habe mich einfach über seine Wünsche hinweggesetzt, wenn ich sie nicht für richtig hielt. Und wenn ich sie für richtig hielt, dann habe ich mich daran gehalten; meine Mutter stand sowieso immer auf seiner Seite.

Minuchin: Ihre Mutter hat immer zu Ihrem Vater gehalten?

Mr. Wagner: Ja. Ich würde sagen, sie stärkte ihm den Rücken auch bei vielen falschen oder schlechten Entscheidungen – da wich sie tatsächlich von ihrer gewohnten Weise ab. Wenn es sehr abwegig war, was er wollte, dann hat sie auch immer bei uns für ihn gesprochen und versucht, uns seine Gründe nahezubringen.

Jeder der beiden Ehegatten hat jetzt die Funktionsweise des elterlichen Subsystems in der jeweiligen Herkunftsfamilie geschildert. Das elterliche Subsystem ist diejenige familiäre Einheit, die die größte Verantwortung für die Führung und Betreuung der Kinder hat.

In Emily Wagners Herkunftsfamilie entsprach das elterliche Subsystem der für die Mittelschicht geltenden Norm; es bestand aus Ehemann und Ehefrau. Aber die Konflikte zwischen Mann und Frau dehnten sich auf den elterlichen Bereich aus. Die elterliche Autorität war geteilt, und jeder Elternteil attackierte den anderen Ehepartner auf dem Weg über die Tochter. Die Mutter ermutigte sie zum Ungehorsam gegenüber dem Vater, der Vater griff sie an, wenn er zornig auf seine Frau war. In Mark Wagners Herkunftsfamilie hatten die Eltern sich auf eine Teilung ihrer Funktionen geeinigt. Die Verantwortung für die Pflege und Betreuung der Kinder lag nahezu ausschließlich bei der Mutter, während der Vater mehr oder weniger an der Peripherie blieb. Aber die Kinder sahen in der Mutter die Repräsentantin auch der väterlichen Autorität.

Minuchin: Schließlich haben Sie also Ihre eigene Familie gegründet, und jeder von Ihnen hatte sein Modell dafür. Mark hat bestimmte Regeln gelernt, und Emily hat bestimmte Regeln gelernt, und diese Regeln waren ganz offensichtlich sehr verschieden voneinander.

Mr. Wagner: Das stimmt.

Minuchin: Gut. Jetzt gingen Sie also Ihren Weg gemeinsam, und was geschah? Sie mußten ja Ihre eigenen Regeln aufstellen. Wie ging das vor sich?

Wenn die Partner ihr gemeinsames Leben beginnen, erwartet jeder von ihnen, daß die Transaktionen der ehemaligen Einheit die ihm vertrauten Formen tragen werden. Jeder wird versuchen, die eheliche Einheit in den ihm bekannten und von ihm für richtig gehaltenen Bahnen zu organisieren, und jeder wird auf den anderen Druck ausüben, damit dieser sich anpaßt. Diese Versuche können verschiedene Formen annehmen. Für jeden Ehegatten gibt es bestimmte Bereiche, in denen ihm eine flexible Haltung nicht möglich ist. In anderen Bereichen lassen sich dagegen durchaus alternative Formen des Miteinander finden, die den Wünschen und Vorlieben des Partners eher entsprechen. Jeder Ehepartner wird den anderen in bestimmten Situationen bestätigen und in anderen disqualifizieren. Manche Verhaltensweisen werden verstärkt, andere werden abgelegt, während die Ehegatten sich an die jeweiligen Vorlieben und Wünsche des anderen anpassen und sie assimilieren. Auf diese Weise entsteht ein neues Familiensystem.

[...]

Für die Aufgabe, eine Familie zu bilden, brauchte die Familie Wagner sehr viel Zeit, unter anderem deshalb, weil das Paar sich in soziale Situationen eingebettet fand, die der Bildung einer lebensfähigen ehelichen Einheit entgegenstanden. Zuerst lebten die beiden bei Emilys Eltern. Emily war Teil eines dysfunktionalen Transaktionsmusters in der Ehe ihrer Eltern gewesen. Als sie heiratete, waren die Eltern nicht imstande, auf sie zu verzichten, und sie zogen sogar Emilys Ehemann in ihr altgewohntes Muster hinein. Mark und Emily waren nicht fähig, einander bei der Stärkung der Grenze zwischen sich und Emilys Eltern gegenseitig zu unterstützen. Als sie wegzogen, beanspruchten Marks Pflichten als Student und als Teilernährer der Familie ihn stark und ließen ihm kaum Raum für die Entwicklung einer signifikanten emotionalen Bindung an seine Frau. Muster der gegenseitigen Unterstützung wurden von dysfunktionalen Transaktionsmustern zugedeckt.

Minuchin: Wir wollen jetzt mal überlegen, was an diesem Punkt geschah. Jetzt passierte doch etwas Wichtiges. Wann wurde Tommy geboren?

Mrs. Wagner: Nachdem wir nach Kansas gezogen waren.

Minuchin: Und was geschah dann?

Mrs. Wagner: Ich fühlte mich überhaupt nicht wohler. Ich fühlte mich schlechter.

Minuchin: Und wie kam das? Sie hatten jetzt das Kind.

Mrs. Wagner: Ja, und deshalb brauchte ich Mark nicht. Ich schloß ihn jetzt einfach ganz aus.

Minuchin: Sie wurden zur Mutter.

Mrs. Wagner: Ja.

Minuchin: Und was war mit Ihnen?

Mr. Wagner: Ich habe mich wohl nicht genügend geändert. Ich änderte mich ein bißchen, aber ich war immer noch hinter meiner Mauer.

Minuchin: Hat Tommy Ihnen etwas bedeutet?

Mr. Wagner: Oh ja.

Mrs. Wagner: Wir hatten ein sehr enges ... zu der Zeit, als er geboren wurde, waren wir sehr vertraut miteinander, er war ja auch während der Wehen bei mir ...

Minuchin: War es eine natürliche Entbindung?

Mr. Wagner: Nicht ganz, ich war bei der Entbindung nicht dabei. Ich war bei den Wehen dabei und bis kurz vor der Entbindung.

Minuchin: Nun hatte sie also Tommy und brauchte Sie nicht; was geschah mit Ihnen?

Mrs. Wagner: Nichts. Er studierte weiter.

Mr. Wagner: Es hat sich nichts wirklich verändert. Für mich war es irgendwie ...

Mrs. Wagner: Am Abend des Tages, an dem sein Sohn geboren wurde, ging er in die Vorlesung. Er ging hin, obwohl er die ganze vorige Nacht nicht geschlafen hatte.

Minuchin: Oh. Also, was war dann? Sehen Sie, es war doch etwas Neues eingetreten. Ihre Frau hatte jetzt ein Kind. Sie war Mutter. Und Sie konnten Vater sein oder es auch nicht sein. Sie hatten die Wahl.

Wenn ein Kind geboren wird, sind neue Funktionen notwendig. Die Funktionsweise der ehelichen Einheit muß modifiziert werden, um der neuen Tatsache der Elternschaft gerecht zu werden. Allgemein gesagt, das System muß komplexe Veränderungen durchlaufen, die notwendig sind, von einem Zweier- zu einem Dreiersystem zu gelangen.

Gewöhnlich beginnt das Engagement der Frau für die Dreiereinheit und damit auch ein stärkeres Engagement für ihre Ehe bereits mit der Schwangerschaft. Für sie ist das Kind sehr viel eher eine Realität als für den Mann. Er fühlt sich frühestens vom Augenblick der Geburt des Kindes an als Vater. Es kommt vor, daß der Mann noch keine neue Verpflichtung empfindet, während die Frau sich bereits einer neuen Stufe der Familienbildung anpaßt.

Mrs. Wagner: Er ist immer Vater gewesen.

Mr. Wagner: Ich weiß nicht recht, was ich dazu sagen soll. Ich kann mir jetzt nicht denken ... und ich kann nicht sagen, daß ich mich radikal oder doch wesentlich verändert hätte. Natürlich war ich glücklich, einen Sohn zu haben. Wie sie schon sagte, vielleicht hatte sich die Beziehung zwischen mir und Emily überhaupt nicht verbessert. Vielleicht war sie sogar schlechter geworden.

Minuchin: Warum?

Mr. Wagner: Auf jeden Fall hatten wir nun tatsächlich ein Band, und wir liebten das Kind beide. Vielleicht muß ich es so sagen, daß ich glücklich und begeistert war, wie man das eben in diesem Fall ist, und daß es ein Gewinn für die Familie war.

Minuchin: Aber Ihre Frau ... sie änderte ihre Haltung Ihnen gegenüber.

Mr. Wagner: Sie hat gesagt, daß die Dinge sich nach der Geburt des Kindes verschlimmerten. Das ist etwas ... ich weiß, es gab immerzu Streit und Kummer, aber ich habe nicht bemerkt, daß es an irgendeinem bestimmten Punkt ... sich etwa verschlechterte oder mehr oder weniger wurde. Deshalb bin ich gespannt, was du jetzt sagen wirst.

Mrs. Wagner: Ich würde sagen, es wurde schlimmer (Mark lacht).

Minuchin: Und warum schlimmer? Jetzt hatten Sie doch das Kind, Sie waren Mutter. Wie war das für Sie? Ich kann verstehen, daß es schlimmer für ihn war, aber wieso wurde es schlimmer für Sie?

Mrs. Wagner: Er änderte sich nicht. Vielleicht hat er mich gebraucht, aber er hat es nie gezeigt. Er hat nicht ein einziges Mal gesagt: Ich brauche dich. Er hat nie gesagt: Das ist herrlich, daß wir jetzt eine Familie sind – oder so. Ich kann das in der Erinnerung nicht mehr alles ordnen.

Minuchin: Und haben Sie sich denn ihm gegenüber verändert? Als Sie Tommy hatten? Sind Sie – ganz sicher sind Sie für ihn doch weniger erreichbar geworden.

Mrs. Wagner: Oh ja. Das heißt, ich habe mich wohl nicht verändert. Vielleicht bin ich ... Doch, ich glaube, mit meiner Haltung ihm gegenüber wurde es immer schlechter. Ich dachte, du hast mich in diese Lage gebracht, und nun sitze ich hier wie festgefahren.

Minuchin: Tatsächlich waren Sie ja auch festgefahren, und er war es nicht. Er konnte sich bewegen, Sie konnten es nicht. Haben Sie ihm das gesagt?

Mrs. Wagner: Ich habe ihm oft gesagt, er solle gehen, aber er wollte nicht.

Minuchin: Damals mochten Sie ihn nicht mehr.

Mrs. Wagner: Oh, ich dachte, es ... es läge schon alles hinter mir. Aber ich glaube, wir hatten unsere Höhepunkte und Tiefpunkte. Es konnte drei Wochen lang furchtbar sein, und dann ging es wieder eine Woche lang gut. Das war dann herrlich, so hatte ich es mir immer vorgestellt, aber dann gerieten wir wieder in den alten Kreislauf. Aber eines muß ich sagen, in der ganzen Zeit, in der es gut ging – ich meine, jeder hat seine Hochs und Tiefs, auch jetzt – da hatten wir niemals einen Streit über irgendetwas Wichtiges, es ging höchstens darum, wer den Abfalleimer hinaustragen sollte, es betraf niemals irgendetwas, das wirklich mit unserem Leben zu tun hatte.

Minuchin: Und wer hat schließlich den Abfall hinausgetragen?

Mrs. Wagner: Ich sagte meistens: Mark, trag doch den Eimer hinaus. Es gab nämlich Ratten bei uns, wissen Sie.

Minuchin: Und?

Mrs. Wagner: „Jaja, wenn ich dann ohnehin da vorbeikomme“

Mr. Wagner: Oder: „Ja, wenn ich Zeit habe“ (lacht).

Mrs. Wagner: Inzwischen quoll der Eimer meistens über, und dann gab es einen großen Streit. Immer waren es solche Kleinigkeiten wie ein zu voller Abfalleimer. Niemals etwas Wichtiges.

Minuchin: Sie wollten nicht zugeben, daß es sich nur um den Abfall handelte. Sie machten es zu einer Autoritätsfrage.

Mrs. Wagner: Das stimmt.

Mr. Wagner: Etwa in der Art: „Ich will tun, worum du mich bittest, vorausgesetzt, du erwartest nicht, daß ich es so tue, wie du es gerne hättest, daß ich es tue ... usw.“

Mrs. Wagner: Oder daß es rechtzeitig getan wird.

Minuchin: Wie wurde der Müll dann schließlich weggeschafft?

Mr. Wagner: Es war nur eine Kleinigkeit, und alle diese Dinge, von denen sie spricht, waren Kleinigkeiten.

Minuchin: Das Leben besteht nun mal aus solchen Kleinigkeiten.

Mr. Wagner: Das war eben die Art, in der ich meinen Widerstand gezeigt habe.

Minuchin: Ich glaube, daß Sie die ganze Zeit sagen wollten: Ich bin frei und ledig. Stimmt's?

Mrs. Wagner: Das hätte er ja sein können.

Minuchin: Sie dagegen sagten zu ihm: Du bist verheiratet, trag den Dreck, 'raus. Das ist eine eheliche Aufgabe (lacht). Und er sagte: Ich bin ledig.

Mrs. Wagner: Er half nicht gern. Ich meine, er hat zum Beispiel niemals eine Windel gewechselt, bis Tommy sechs Monate alt war – und das war von Anfang an so. Ich sagte: Mark, du mußt lernen, wie man das Baby wickelt – was ist, wenn ich einmal krank bin oder etwas passiert? Dann mußt du das können. – Ich konnte auch nicht aus dem Haus, wenn ich nicht das Baby mitnahm, denn es hätte ihn beim Lernen stören können. Und so – eben das – das schafft Konflikte ...

Betreuung und Erziehung der Kinder bieten viele Möglichkeiten für das individuelle Wachstum und die Stärkung des Familiensystems. Zugleich ist dies ein Gebiet, auf dem viele heftige Schlachten ausgefochten werden. Häufig werden ungelöste Konflikte zwischen den Ehegatten sozusagen huckepack in den Bereich der Kindererziehung hineingetragen, weil das Ehepaar seine elterlichen Funktionen nicht von den ehelichen Funktionen trennen kann.

Minuchin: Jetzt will ich mal eine gefährliche Sache anfassen. Ich möchte wetten, daß Marks Mutter sehr tüchtig ist und alles mögliche für ihn getan hat.

Mr. Wagner: Ja. Doch, das ist sie. Sie ist vielleicht keine perfekte Hausfrau.

Minuchin: Ich spreche ja auch von anderen Dingen.

Mr. Wagner: Ja. Sie ist diejenige, zu der man geht, um ...

Mrs. Wagner: Sie hat viel für dich getan.

Mr. Wagner: Wenn man etwas zu entscheiden oder ein Problem zu lösen hatte, dann hat sie immer geholfen. Im allgemeinen war dann ihre Hilfe auch richtig, oder sie schien doch richtig zu sein.

Minuchin: Worauf ich jetzt hinauswill, das ist die Frage, was Sie eigentlich von Emily erwartet haben.

Mr. Wagner: Ach so. Also, meine Mutter war immer mit dem zur Hand, was wir brauchten ...

Mrs. Wagner: Ich muß sagen, daß er niemals ... er hat mir niemals gesagt, was er von mir als Ehefrau erwartete. Ich habe es ihm immer gesagt. Ich habe ihm immer gesagt, was ich von ihm als Ehemann erwartete, aber er hat nie gesagt „Das erwarte ich von dir als Ehefrau“. Wir haben uns niemals hingesetzt und über unsere gegenseitigen Erwartungen gesprochen, und das war von Anfang an falsch. Wir haben uns niemals ernsthaft zusammengesetzt ... wir sind einfach so in diese Ehe hineingelaufen mit dem Gedanken „Das wird wunderbar werden“, nicht wahr. Wir haben niemals gewußt, was wir eigentlich voneinander erwarteten.

Mr. Wagner: Wahrscheinlich hatte ich versucht, sie zu ändern, und sie hat nur gesagt „Ach, laß es doch“.

Mrs. Wagner: Ach ja, er erwartete bestimmte Dinge von mir, schon als wir noch miteinander befreundet waren. Ich sollte nicht in der Öffentlichkeit rauchen, und ich sollte mir das Haar nicht blondieren lassen, und ich sollte dies und jenes nicht tun ...

Minuchin: Sind Ihre Haare jetzt blondiert?

Mrs. Wagner: Jetzt ja.

Minuchin: Aber das heißt, daß Anpassung stattgefunden hat.

Mrs. Wagner: Ein Beispiel: Wir waren schon in Kansas, vielleicht schon einen Monat, und wir konnten dort im College wohnen, und alle Mädchen hatten die Haare gefärbt. Das ist nur ein ganz kleines Beispiel. Ich sagte also: „Ich lasse mir die Haare färben“, und er sagte: „Gut, laß dir die Haare färben, dann schneide ich mir eine Glatze wie Yul Brynner“. Das war genau der Punkt, wissen Sie. Ich setzte seinen Wünschen Widerstand entgegen, und er fing Streit mit mir an, und ich sagte: „Du fängst keinen Streit mit mir an, du wirst höchstens mit dir selbst Streit anfangen müssen, denn du bist es dann, der lächerlich aussehen wird“. So etwas war der Beginn einer Schlacht, die fünf Monate dauerte. Ich wider setzte mich seinen Wünschen.

Minuchin: Was Sie da beschreiben, ist etwas ganz Alltägliches. Das ist mir ebenso passiert wie allen anderen Leuten auch. Also, wie ging es weiter? Tommy wurde größer, Sie waren zu dritt und nicht mehr zu zweit. Und Sie hatten ein Modell, das Sie schon zu Hause kennengelernt hatten: daß Papa und Mama sich auf dem Weg über mich bekämpfen. Das haben Sie als das häusliche Modell beschrieben.

Mrs. Wagner: Das habe ich mir niemals klargemacht, bevor Sie es gesagt haben.

Minuchin: Mag sein, aber jetzt wollen wir uns mal mit Tommy beschäftigen und sehen, ob dieses Modell ...

Mrs. Wagner: Ich würde sagen, ja. Bestimmt, oh ganz bestimmt haben wir Tommy in unserem Kampf eingesetzt. Einmal war ich wütend auf Mark und sperrte ihn aus, und dann stand er draußen und klopfte an die Tür, und ich trug Tommy ans Fenster und – das war furchtbar – zeigte auf ihn und sagte: „Guck mal, Tommy, guck mal den komischen Mann an“, und dann standen wir da und schnitten ihm Gesichter.

Mr. Wagner: Ja (lacht).

Mrs. Wagner: Er stand da, halbtot, bereit, uns beide zu erschlagen, mich zu erschlagen, weil ich das kleine Kind aufhetzte ...

Minuchin: Sie haben ein Familienmodell, das Sie zu Hause kennengelernt haben, auf Ihre Ehe übertragen.

Mrs. Wagner: Ja, das habe ich anfangs wohl getan.

Minuchin: Wie haben Sie es dann durchbrochen? Denn das ist eine sehr böse und gefährliche Sache. Wie haben Sie dieses Muster durchbrochen?

Mr. Wagner: Vielleicht nennen Sie es einen wirklichen Wendepunkt. Wir gerieten in eine Krise oder eine kritische Periode, und ich sagte: „Entweder gehen wir jetzt zum Eheberater, oder wir werfen den ganzen Kram hin. Ich glaube, es ist lächerlich, alles hinzuwerfen, solange wir nicht einmal wissen, wo unsere Schwierigkeiten eigentlich liegen, und wenn wir nicht kommunizieren können, dann kann uns vielleicht jemand dabei helfen. Vielleicht ist es gar nicht so schlimm, wie wir jetzt glauben vielleicht sind nur eine Menge kleiner Dinge zusammengekommen.“ So sind wir dann wirklich zum Eheberater gegangen, vor ungefähr einem Jahr.

Minuchin: Aha. Und wann, sagten Sie, war der kritische Punkt? Als Sie aus Kansas weggingen?

Mrs. Wagner: Hm. Es war etwa vier oder fünf Monate, nachdem wir ...

Minuchin: Nachdem Sie hierhergekommen waren. Gut, aber jetzt traten doch eine ganze Reihe von Veränderungen ein. Sie waren nicht mehr Student. Das ist das erste Mal, daß Sie eben keine Straße mehr vor sich sahen, auf der Sie ungestört entlanggehen konnten. Was empfanden Sie also?

Mr. Wagner: Hier nehme ich eine neue Position ein; wir sind in einer ganz anderen Umgebung; es ist ein völlig anderes Leben. Im Grunde habe ich mir schon gedacht, daß, wenn wir dort weggehen, aus dieser Situation weggehen würden, die Dinge besser werden müßten. Aber sie wurden nicht besser. Wenn überhaupt irgendetwas geschah, dann wurden sie schlechter.

Minuchin: Inwiefern?

Mr. Wagner: Soweit es mich betraf, sehen Sie, wurden sie schlechter, weil ich sie nicht so in der Hand hatte – nicht mehr so wie damals, in dieser anderen Atmosphäre – an dem kleinen College. Ich ...

Minuchin: Wie haben Sie denn Ihre Familie erhalten, als Sie noch in Kansas lebten?

Mr. Wagner: Im Sommer hatte ich eine Arbeit, und deshalb habe ich sie im Sommer auch kaum gesehen. Selbst als wir – schon verheiratet waren.

Minuchin: Konnten Sie sich damit finanziell halten?

Mr. Wagner: Mehr oder weniger. Ich habe Geld geborgt, ich habe unterrichtet, und ich hatte diese Sommerarbeit.

Minuchin: Haben Ihre Eltern Ihnen geholfen?

Mrs. Wagner: Meine Eltern, ja. Seine auch.

Minuchin: Also sind Ihre Familien immer noch stark beteiligt. Manchmal führt so etwas ja zu Schwierigkeiten für eine junge Ehe.

Mr. Wagner: Ich würde sagen, daß sie sehr großzügig waren. Sie gaben uns einen Rückhalt.

Minuchin: Aber so etwas schafft eben auch eine zusätzliche Dimension. Was passierte, als Sie hierher kamen? Was hatten Sie für Pläne?

Mr. Wagner: Ich, ja ich hatte mir vorgestellt, wenn ich erst einmal ganztags arbeiten würde ...

Minuchin: Auf welchem Gebiet? Sie sind diplomierter ...

Mr. Wagner: Ich habe in zwei Hauptfächern Examen gemacht, in Betriebswirtschaft und in Biologie.

Minuchin: Und dann sind Sie hierher gekommen. Was tun Sie jetzt?

Mr. Wagner: Ich arbeite als Geschäftsführer.

Minuchin: Entspricht das Ihrer Ausbildung?

Mr. Wagner: Ja, im großen und ganzen schon.

Mrs. Wagner: Nein.

Minuchin: Sie sagen Nein, und er sagt Ja. ·

Mr. Wagner: Doch, im allgemeinen schon.

Mrs. Wagner: Ich kann nicht behaupten, daß er so ganz glücklich dabei ist.

Mr. Wagner: Nein. Erstens gilt mein größtes Interesse der Biologie, aber es ist einfach nicht praktisch, meinen Lebensunterhalt darauf zu gründen, ich möchte nicht in die Lehre und nicht in die Forschung gehen, und ich kann es mir nicht leisten, noch Medizin zu studieren, und deshalb habe ich auch Betriebswirtschaft im Hauptfach studiert; ich dachte mir, die Biologie ist mehr eine Nebenbeschäftigung.

Minuchin: Und jetzt arbeiten Sie also und unterhalten Ihre Familie. Unterhalten Sie sie vollständig?

Mr. Wagner: Nein.

Mrs. Wagner: Ich arbeite auch.

Mr. Wagner: Sie hat vor kurzem angefangen zu arbeiten. Es ist nicht unbedingt notwendig, aber ...

Mrs. Wagner: Ich mache es freiwillig, es war mein eigener Entschluß.

Minuchin: Das heißt also, das ist eine große Chance in Ihrem Leben. Sie sind nicht mehr Student, und Sie gehören nicht mehr der Gruppe der Studenten an.

Mr. Wagner: Nicht nur das; wenn ich jetzt fertig bin, dann ist der Arbeitstag zu Ende; ich gehe nach Hause, ich muß nicht mehr lernen und nichts anderes mehr tun. Ich kann das jetzt in die Familie einbringen. Wenn ich da keine Befriedigung finde, dann weiß ich, daß ich mich selbst darum bemühen muß, denn das ist nun mein Leben, während ich das früher einfach ausschalten konnte. Hier habe ich kein Ventil ... Entweder nehme ich alles, wie es ist, oder ich tue etwas dazu.

Minuchin: Es scheint also, als ob Sie sich jetzt zum ersten Mal wirklich engagieren.

Mr. Wagner: Hm. In gewisser Weise ...

Minuchin: Jetzt sitzen Sie auch fest.

Die veränderten Umstände im Leben der Wagners laufen parallel mit Veränderungen in der Familie. Mark ist nicht mehr Student. Er ist in eine unabhängige Position in der Außenwelt übergewechselt, in der er Autonomie und Verantwortung besitzt. Es besteht jetzt eine deutlichere Abgrenzung zwischen Familie und außerfamilialer Umgebung. Wenn er heimkommt, ist er zu Hause. Er bringt die außerfamilialen Aufgaben nicht mehr mit nach Hause.

Ähnliche Veränderungen haben sich auch für Emily ergeben. Sie hat eine Arbeit aufgenommen, die ihr ein Gefühl von Nützlichkeit und Kompetenz in der Außenwelt vermittelt. Sie widmet ihrer Familie jetzt weniger Zeit, aber gerade das macht die Zeit, die sie noch immer als Ehefrau und Mutter verbringt, befriedigender für sie.

Minuchin: Sehen Sie, bisher waren nur Sie festgefahren, Emily. Er war noch Student. Und jetzt kommen Sie (zum Ehemann) und engagieren sich auch für die Familie. Und an diesem Punkt „stinkt“ es.

Mr. Wagner: Hm.

Minuchin: Und an diesem Punkt haben Sie dann beschlossen, zum ...

Mr. Wagner: Ja, ich habe beschlossen, daß wir einen Eheberater aufsuchen müßten. Das haben wir getan. Es war dann so, daß wir insgesamt nur viermal hingehen mußten, bevor wir uns beide wirklich geändert haben. Und seitdem kommen wir sehr gut miteinander aus.

Mrs. Wagner: Es kommt immer noch vor, daß wir Auseinandersetzungen haben ...

Mr. Wagner: Oh ja, aber doch nicht ständig ...

Minuchin: Sie haben Glück gehabt. Manche Eheberater verhaken richtig mit der Familie und lassen sie dann nicht mehr los.

Mrs. Wagner: Als wir hingingen, sagte ich: „Wenn es schon so weit gekommen ist; dann könnten wir uns genauso gut überlegen, ob wir uns nicht ... Dann lernten wir den Mann kennen, und er gefiel uns. Er war wirklich gut. Er sagte: „Im Grunde ist Ihre Ehe gut, wenn Sie nur beide mal still wären und lieber einander zuhören und nicht mehr gegeneinander arbeiten würden, und ...“

Minuchin: Und das hat Ihnen geholfen?

Mr. Wagner: Nein, das eigentlich nicht. Es war die Atmosphäre und der Umstand, daß er intelligent genug war zu erkennen, wann wir nicht die Wahrheit sagten.

Mrs. Wagner: Ich habe in den ersten drei Sitzungen nicht die Wahrheit gesagt (lacht).

Mr. Wagner: Wenn du nicht die Wahrheit gesagt hast, dann hast du ganz schön dumm ausgesehen.

Mrs. Wagner: Ich saß eben da, und er sagte: „Das ist nicht das, was ich hören möchte“. Was mich wirklich bekümmerte, das behielt ich für mich, nicht wahr, es ging ja niemanden etwas an. Und er saß da und sagte: „Emily, Sie sagen doch nicht die Wahrheit“, und er hat mich wirklich dazu gebracht, erst einmal nachzudenken, bevor ich etwas sagte.

Minuchin: Und was hat er mit Ihnen gemacht?

Mr. Wagner: Erstens hat er wohl gemerkt, daß ich gegen mich selbst nicht ganz aufrichtig war. Und dann war es auch das erste Mal, daß ich wirklich dem zuhören mußte, was sie sagte.

Minuchin: Da bin ich anderer Meinung. Ich glaube, Sie waren sich selbst gegenüber aufrichtig, Sie waren nur Ihrer Ehe gegenüber nicht aufrichtig. Sie haben ganz einfach nur an sich gedacht.

Wenn an diesem Punkt ihrer ehelichen Beziehung die individuellen Realitäten von Mark und Emily im Brennpunkt der Erkundungen gestanden hätten und nicht die Realität ihres Zusammenlebens, dann wäre die Ehe möglicherweise zerbrochen.

Beispiel 20.3: Erstinterview unter Einbezug der Kinder

Das Fallbeispiel eines ersten Familieninterviews verdeutlicht:

- in welchen Schritten und mit welchen Mitteln Kinder in die Familientherapie einbezogen werden können,
- welche hohe Bedeutung dem Selbstwert in der erfahrungszentrierten Therapie beigemessen wird.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 20.4 Erfahrungszentrierte Familientherapie

Quelle

Satir, V. (1979). Familienbehandlung. Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie. Freiburg: Lambertus (S. 164–173).
Mit freundlicher Genehmigung.

Im folgenden soll ein genereller Eindruck gegeben werden von einem ersten Interview in Anwesenheit der Kinder.

Um alle notwendigen Punkte zu klären, braucht man mit sehr redengewandten kleinen Kindern manchmal eine Sitzung, manchmal auch zwei oder mehr.

Wenn Ihnen die Aufstellung beim Lesen lang erscheint, so nur deshalb, weil sie hier so ausführlich beschrieben wird.

Ganz gleich, wie lange es dauert, um meine ersten Therapieziele zu erreichen, stelle ich meine Fragen immer auf eine warmherzige, genau formulierte, sachliche Art und Weise.

Ich stelle viele Fragen, da ich glaube, daß Fragen an sich schon therapeutische Wirkung haben. Vielleicht werden die Kinder jetzt zum ersten Mal wie Menschen mit eigenen Vorstellungen und Meinungen behandelt. Während ich mich in der ersten Sitzung hauptsächlich auf die Kinder konzentriere, spreche ich indirekt auch die Eltern an.

Wie der Therapeut Kinder in die Familienbehandlung integrieren kann:

a) Der Therapeut führt den Gedanken der Individualität ein.

Er begrüßt jedes Kind einzeln, wobei er es bei seinem Namen nennt.

Er unterscheidet jedes Kind nach seinem Alter und Geschlecht: „Ach ja, du bist Peter. Du bist der Älteste in der Familie.“

Er wiederholt, was jedes Kind gesagt hat, um zu zeigen, daß er ihm zugehört hat:

Th: Wie alt bist du, Gerda?

T: Sieben.

Th: Du bist sieben.

Er stellt manche Fragen immer wieder (besonders bei kleinen Kindern), um zu sagen: „Ich spreche tatsächlich mit dir.“ Häufig sagen die Kinder, sie wüßten es nicht oder sie erinnerten sich nicht, oder sie geben überhaupt keine Antwort. Aber immer geben sie dem Therapeuten Hinweise durch ihr Verhalten. Er läßt keine unbeantwortete Frage durchgehen, ohne Schlüsse daraus zu ziehen. Er sagt: „Ich sehe, du bist noch nicht bereit zu reden. Wir werden später auf dich zurückkommen. Ich habe gesehen, wie du zu deiner Mutter hingeschaut und die Stirn gerunzelt hast. Vielleicht bist du besorgt, was Mutter sagen wird.“

Er nimmt alle Fragen der Kinder ernst, um zu zeigen, daß Fragen nicht beschwerlich und unerlaubt sind, sondern daß jeder Fragen stellen kann über das, was er nicht weiß.

T (flüstert mit Peter): Wie alt ist Vater?

Mt: Und ich habe ihm gesagt, er könnte hinaus, wenn ...

Th: Entschuldigen Sie einen Moment. Ich glaube, Gerda hatte gerade eine Frage. Du wolltest gern wissen, wie alt dein Vater ist. Nun, das kann er dir wohl sagen. Du kannst ihn ruhig fragen. Wenn er es dir nicht mitteilen möchte, kann er es ja sagen, Nun, Vater? Möchten Sie, daß Gerda es weiß?

Er setzt voraus, daß Kinder zuhören, interessiert und durchaus in der Lage sind zu verstehen. Sie sind nicht einfach „klein und daher ungezogen“. Er äußert seine Erwartungen, damit die Kinder ihnen entsprechen können.

Mt: Er hört nicht zu. So ist er immer.

Th: Da bin ich nicht so sicher. Dieser Bursche hat seinen Kopf am rechten Fleck. Er weiß genau, was gespielt wird. Aber wollen wir ihn doch selbst fragen.

b) Der Therapeut führt den Begriff der Kommunikation ein:

Er fragt jedes Kind (in der Reihenfolge des Alters), was es sich für Gedanken gemacht habe über den Grund seines Hierseins. (Kleine Kinder fühlen sich herum geschoben.)

Th (zu Peter): Was hast du dir gedacht, wohin du heute gehen würdest?

S: Ich weiß nicht.

Th: Du mußt dir doch irgend etwas gedacht haben. Was hat Mutter dir denn gesagt? Und Vater? Du mußt dir doch etwas dabei vorgestellt haben.

Er wiederholt, was jedes Kind gesagt hat (mit erklärenden Kommentaren) und wendet sich dann dem nächsten Kind zu. (Aber erst, wenn er irgendeine Art von Antwort von jedem Kind erhalten hat.)

Th (zu Gerda): Du hattest gedacht, du würdest dich unterhalten? Über was glaubtest du, daß du sprechen würdest?

T: Ach, die Familie.

Th: Du meintest also, daß wir hier über die Familie sprechen würden. Und Peter, was hast du dir gedacht?

Er faßt die von den Kindern erhaltenen Antworten zusammen und stellt fest, wie klar sie ausdrückten, was die Kinder von der Sitzung erwartet hatten: „Also Peter dachte, er würde eine Autofahrt machen. Gerda glaubte, sie würde sich über die Familie unterhalten. Jeder hatte also seine Vorstellungen.“

Er fragt jedes Kind, woher es seine Vorstellungen über sein Hiersein gewonnen hat. Wer hat es ihm gesagt? Was wurde gesagt?

T: Mutter sagte, wir würden uns über Familienprobleme unterhalten.

Th: Und Vater? Hat er dasselbe gesagt?

T: Nein.

Th: Was hat Vater gesagt?

T: Er sagte, wir wollten eine Autofahrt machen.

Th: Ach so, du hast also von der Mutter die eine Information bekommen und vom Vater eine andere. Und du, Peter? Von wem hast du deine Information?

S: Ich kann mich nicht erinnern.

Th: Du kannst dich nicht erinnern, wer es dir gesagt hat?

Mt: Ich glaube, ich habe ihm gar nichts gesagt. Mir scheint, er war da gerade nicht im Zimmer.

Th: Und Sie, Vater? Haben Sie Peter etwas gesagt?

V: Nein, ich dachte, Maria hätte es ihm gesagt.

Th (zu Peter): Nun ja, wie könntest du dich auch an etwas erinnern, wenn gar nichts gesagt wurde.

S: Gerda hat mir gesagt, wir würden eine Dame besuchen wegen Familienangelegenheiten.

Th: Ach so. Du hast also die Information von deiner Schwester bekommen, während Gerda klare Auskünfte von Mutter und Vater erhalten hatte.

Er fragt, wie sie Verschiedenheiten in den Mitteilungen von ihren Eltern handhaben:

S: Vater hat zu Gerda gesagt, wir würden eine Autotour machen.

Th: Und Mutter hat zu Gerda gesagt, ihr würdet eine Dame besuchen und über die Familie sprechen?

S: Ja.

Th: Wie, kam euch das denn vor? Vater sagt dies, und Mutter sagt das. Jetzt sollt ihr wissen, was eigentlich los ist. Wie habt ihr das gemacht?

S: Ich dachte mir, wir würden eine Autofahrt machen. Und – ja – und dann würden wir noch jemanden besuchen oder so ähnlich.

Th: Ja, ich verstehe. Du hast gemeint, ihr würdet beides tun. In diesem Fall könntest du die Dinge zusammensetzen – wie sie Mutter und Vater zu Gerda gesagt hatten.

S: Mhm.

Er fragt die Eltern, woran sie sich erinnern, was sie gesagt haben:

Th: Wie war die Sache, Mutter? Konnten Sie und Vater sich darüber einigen, was Sie den Kindern sagen wollten?

Mt: Ja, wissen Sie, ich glaube, das ist eines unserer Probleme. Er macht es so mit ihnen, und ich mache es anders.

V: Mir scheint dies eine ziemlich unwichtige Angelegenheit zu sein.

Th: Natürlich, einerseits schon. Aber andererseits sagt es uns doch etwas darüber, wie Botschaften in der Familie normalerweise gesendet werden und ankommen.

Er macht eine allgemeine Bemerkung über Kommunikation:

„Eines der Anliegen, für das wir mit den Familien arbeiten, ist die Kommunikation der Familienmitglieder – daß sie klar kommunizieren lernen. Wir werden sehen, wie Mutter und Vater es erreichen, daß Peter und Gerda eine klare Botschaft erhalten.“

c) Der Therapeut erwähnt kurz den Gedanken, daß Familienmitglieder den Leidensdruck der Eltern anerkennen können.

Er erklärt den Kindern, warum ihre Eltern hierherkommen: „Jetzt werde ich euch mal sagen, warum Mutter und Vater hierherkommen. Sie waren traurig darüber, wie alles in der Familie lief und wollten herausfinden, wie jeder von euch mehr Freude im Familienleben haben könnte.“

Er fragt jedes Kind, ob es beobachtet habe, daß seine Mutter oder sein Vater unglücklich gewesen seien, und was es dafür für Anhaltspunkte habe:

Th: Ist dir aufgefallen, daß Mutter und Vater nicht glücklich waren, Gerda?

T: Ja, ein bißchen.

Th: Ich dachte mir schon, daß du es merken würdest, wenn Mutter und Vater traurig sind. Was ist dir denn aufgefallen?

T: Mutter weint manchmal.

Th: Mutter weint manchmal. Und natürlich bedeuten Tränen, daß Mutter Kummer hat.

T: Mutter weint aber nicht oft.

Th: Natürlich ist Mutter auch manchmal froh. Und wie ist es mit Vater? Hast du auch an Vater schon einmal einen Kummer bemerkt?

Er faßt die Äußerungen der Kinder zusammen und verläßt für den Augenblick dieses Thema.

„Gerda weiß also ganz genau, wann Mutter einen Kummer hat, aber bei Vater ist sie sich da nicht so sicher. Peter meint, er hat noch keinen Kummer bei Vater bemerkt, außer wenn er sich über ihn ärgert. Wir werden später noch mehr darüber herausfinden.“

d) Der Therapeut kehrt zu dem Gedanken der Verschiedenheit zurück, die von den Familienmitgliedern anerkannt werden kann, besonders auch die Verschiedenheit der Geschlechter. Gleichzeitig bleibt er weiterhin im Gespräch mit den Kindern.

Er fragt jedes Kind detaillierter über sich selbst aus:

Th: Gut, wir wissen, daß Peter der Älteste ist. Er ist auch der einzige Junge. In welcher Klasse bist du, Peter?

S: Sechste.

Th: Was gefällt dir an der Schule?

S: Fußball. Ich spiele Linksaußen.

Th: Wir haben also einen Fußballspieler in der Familie. Spielt Vater auch Fußball?

S: Na ja, er ist ganz gut.

V: Ich spielte früher auch ab und zu.

Th: Da habt ihr also beide ein gemeinsames Interesse. Was gefällt dir sonst noch an der Schule?

Er führt jedem Kind gegenüber allgemein aus, welche Probleme es in seinem Alter wahrscheinlich mit seinen Geschwistern hat.

„Geht dir der Kleine manchmal auf die Nerven?“ – „Wirst du von dem Großen manchmal herumkommandiert?“ – „Ich könnte mir vorstellen, daß 10jährige Buben nicht so gern mit kleinen Mädchen spielen möchten.“

Er weist auf einen Ausgleich der Geschlechter in der Familie hin: „In dieser Familie gibt es also zwei Frauen und zwei Männer. Keine Seite ist in der Überzahl.“ – „Du und dein Vater bilden sozusagen die männliche Partei im Haushalt.“

Er bittet beide Eltern, jedes Kind zu beschreiben, um ihnen zu helfen, Verschiedenheiten anzuerkennen:

Mt: Nun ja, sie ist viel ruhiger als er. Sie neigt mehr zur Ernsthaftigkeit.

Th: Sie sehen Gerda als ruhig und ernsthaft: Und Sie, Vater? Ist dies auch der Unterschied, den Sie bei den beiden sehen?

V: Ja, sie ist mehr wie ihre Mutter. Peter hat eigentlich mit keinem von uns Ähnlichkeit.

Th: Peter erscheint Ihnen so anders, daß er Ihnen gar nicht wie zur Familie gehörig vorkommt?

V: Meistens – so wie er sich benimmt –, ja.

Er hilft den Kindern, ganz gewöhnliche Verschiedenheiten zwischen den Eltern anzuerkennen:

Th: Worin unterscheiden sich deiner Meinung nach deine Eltern, Peter?

S: Ich weiß nicht.

Th: Nun, sie müssen ja verschieden sein, nicht? Keine zwei Menschen sind gleich. Eines wissen wir sofort, Vater ist ein Mann, und Mutter ist eine Frau. Das ist doch schon ein großer Unterschied.

e) Der Therapeut macht sie mit dem Gedanken vertraut, daß Eltern Meinungsverschiedenheiten haben und auf ihre Kinder auch böse sein können.

Er fragt jedes Kind, woran es erkennt, daß Vater sich ärgert:

Th (zu Peter): Auf welche Weise zeigt Vater seinen Ärger?

S: Er ärgert sich eben.

Th: Natürlich. Jeder ärgert sich hin und wieder. Ich hoffe nur, daß es dich dein Vater irgendwie merken läßt, wenn ihm irgend etwas an dir nicht gefällt. Wie zeigt er dir, daß er sich ärgert?

Er fragt das gleiche in bezug auf die Mutter:

Th: Wie merkst du, Gerda, wenn Mutter böse auf dich ist?

T: Oh, das merke ich.

Th: Also läßt es deine Mutter dich deutlich wissen?

T: Sie verhaut mich.

Th: Sie verhaut dich. Kannst du es schon vorher sagen, wofür du verhaut wirst?

T: Wenn ich etwas Böses tue.

Th: Was zum Beispiel?

T: Wenn ich meine Puppe zerbreche. Wenn ich auf die Straße renne ...

Er vergleicht die Ärgeräußerungen der Eltern: „Aha, Vater redet einfach nicht mit dir. Du weißt dann, daß etwas nicht in Ordnung ist, weißt aber nicht, was es ist. Mutter dagegen sagt dir ganz klipp und klar, was ihr nicht gefällt. Weißt du, worüber sich Vater ärgert? Du scheinst zu wissen, was Mutter nicht mag.“

Er fragt, über was sich die Eltern ärgern:

Th: Wovon weißt du so sicher wie daß morgen Mittwoch ist, daß Vater deswegen in die Luft geht?

S: Wenn ich mit seinen Werkzeugen spiele.

Th: Wenn du mit seinen Werkzeugen spielst also. Und was noch?

Er fragt, wofür sich die Kinder entscheiden, wenn sich die Eltern nicht darüber einigen können, was getan werden soll.

Th: Mutter sagt, du sollst in deinem Zimmer spielen. Vater will, daß du nach draußen gehst. Das sind zwei verschiedene Dinge. Wie kannst du wissen, was du nun tun sollst?

S: Oh – ich – mhm.

Th: Wie *kannst* du es denn überhaupt wissen?

Mt: Er versucht, aus beidem einen Kompromiß zu schließen.

Th: Nun ja, natürlich ist das ein Problem für ihn. Wenn er tut, was Vater will, könnte es so aussehen, als ob er Mutter weniger liebte. Hier ist die Entscheidung für ihn ein echtes Problem.

f) Der Therapeut macht die Eltern mit dem Gedanken vertraut, daß sie ruhig Meinungsverschiedenheiten haben und auch böse aufeinander sein dürfen.

Er fragt jedes Kind, wie die Eltern ihre Meinungsverschiedenheiten miteinander austragen.

Th: Natürlich streitet jeder einmal. Wie wäre es, Wenn ich bei euch zu Hause wäre und eure Eltern wären böse aufeinander? Was würde ich bemerken?

S: Mutter geht in ihr Zimmer.

T: Mutter weint.

Th: Mutter wäre also in ihrem Zimmer und weinte. Und wo wäre Vater?

S: Vater haut dann meistens ab.

Th: Vater versucht also, die Sache dadurch zu erledigen, daß er das Haus verläßt?

T: Vater wird böse, wenn Mutter weint.

Th: Wie kommst du darauf, daß Vater böse ist, wenn Mutter weint?

T: Er knallt die Tür hinter sich zu.

Th: Ach so, Vater knallt die Tür zu. Mutter weint in ihrem Zimmer. Was siehst du in dieser Situation, Peter?

Er fragt beide Eltern, wie sie beim Partner feststellen, daß er böse oder verärgert ist:

Th: Wie ist das nun, Vater? Machen Tränen Sie böse? Oder sind Sie schon vorher böse, und die Tränen kommen als Folge?

V: Irgendwie ... ich weiß nicht recht ... irgendwie hat sie so eine Art, mich fühlen zu lassen, daß ich derjenige bin, der ...

Th: Durch Marias Tränen fühlen Sie sich schuldig, ist das richtig?

V: Genau. Sie hört mir einfach nicht zu, wenn ich etwas zu erklären versuche.
Th: Und Sie, Maria? Woran erkennen Sie, daß Karl verärgert ist?
Mt: Er stellt den Fernsehapparat so laut, daß man ihn bis in die Waschküche hören kann.
Th: Er äußert seinen Ärger also dadurch, daß er Sie gewissermaßen aussperrt. Ist das richtig? Und sie äußert ihren Ärger dadurch, daß sie Sie durch ihre Tränen von sich fernhält. Beide Verhaltensweisen hindern Sie daran, sich näherzukommen und die Dinge durchzusprechen.
Er fragt beide Partner, was sie tun, wenn der andere verärgert ist, und wie sie versuchen, dieses Problem zu lösen.
V: Ich gebe nach. Das ist meine Methode.
Mt: Das denkst du nur. Du bist verstockt wie ein Maulesel.
V: Wieso? Wieso bin ich etwa verstockter als du?
Mt: Wie oft bin ich dir entgegengekommen?
Th: Ich glaube, daß ...
S: Vater, wann fahren wir denn nun an den Strand? Du hast versprochen, daß wir hinfahren wollen, und nie fahren wir.
V: Sobald es wärmer wird, fahren wir hin. Es ist ja jetzt zu kalt am Strand.
Mt: Wir haben es ihnen ja wirklich versprochen ...
Th: Wir sollten vielleicht ...
T: Du hast schon vor zwei Wochen gesagt, daß wir zum Strand fahren würden.
Th: Ich glaube, beide Kinder regen sich auf bei Meinungsverschiedenheiten der Eltern. Vielleicht fürchten sie, einer würde dabei verletzt werden. Ich sehe allerdings keine Leichen herumliegen, seht ihr welche? Mutter sieht gesund und munter aus und Vater auch.
Mt: Ja, sie regen sich wirklich auf. Wir versuchen auch immer, uns nicht vor den Kindern zu streiten.
Th: Aber natürlich merken sie es trotzdem, wenn ihre Eltern Kummer haben. An diesem Problem müssen wir arbeiten. Das ist ja der Grund, warum wir hier zusammen sind.
g) Der Therapeut beendet das erste Interview mit dem Hinweis, daß jedes Familienmitglied zum Ausdruck bringen soll, wenn es sich über irgendeine Regung bei einem anderen aus der Familie freut.
Er fragt jedes Kind, was es tun kann, um Mutter oder Vater zu erfreuen.
Er fragt die Eltern, was sie tun können, um jedes der Kinder zu erfreuen. Er fragt die Partner, was sie tun können, um sich gegenseitig zu erfreuen. Er kommentiert die erhaltenen Informationen: „Nun, es scheint, daß hier jeder genau weiß, wie er jeden anderen auf die Palme bringen kann; aber es besteht anscheinend wenig Klarheit darüber, auf welche Weise er dem anderen eine Freude bereiten könnte. Das ist schlimm. Daran müssen wir arbeiten!“

Beispiel 20.4: Die selbstmordgefährdeten Schwestern

Das Fallbeispiel einer 8-köpfigen Familie, in der zwei mittlere Schwestern selbstzerstörerische Verhaltensweisen zeigen, verdeutlicht:

- das strategische Setting (in etwas anderer Form als im Buch beschrieben);
- wie die symptomatischen Verhaltensweisen als Versuche entlarvt werden, die Mutter daran zu hindern, den Vater zu verlassen;
- wie durch paradoxe Interventionen schließlich das Familienspiel durchbrochen wird.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 20.5 Strategische Familientherapie

Quelle

Madanes, C. (2002). Hinter dem Einwegspiegel. Fortschritte in der strategischen Therapie.

Salzhausen: isko-press (S. 33–41).

Mit freundlicher Genehmigung.

Manchmal drückt das problematische Verhalten eines Kindes metaphorisch das Problem eines Elternteils aus und hilft den Eltern, indem es die besorgte Aufmerksamkeit der Familie von dem Elternteil fort auf das Kind lenkt. In dieser Situation bitten die Eltern das Kind indirekt um Hilfe, und das Kind hilft den Eltern indirekt durch sein symptomatisches Verhalten.

Wenn ein Kind die Eltern durch symptomatisches Verhalten schützt, hilft es ihnen in indirekter Weise. Eine mögliche Therapiemethode besteht darin, die Eltern zu ermutigen, nur so zu tun, als benötigten sie Hilfe und Schutz des Kindes, statt diese tatsächlich zu benötigen. Das Kind kann dann ermutigt werden, so zu tun, als helfe es den Eltern, wenn die Eltern so tun, als benötigten sie seine Hilfe. Das Kind braucht sich dann nicht mehr symptomatisch zu verhalten, um die Eltern zu schützen, da das Bedürfnis der Eltern nach Hilfe nur vorgetäuscht ist und ebenso auch die Hilfsbereitschaft des Kindes. Im Rahmen dieser Vortäuschung gehen Eltern und Kind miteinander in spielerischer Weise um.

Eine Mutter kam zur Beratung, weil ihre 15jährige Tochter Amy „anderen Leuten Körperverletzungen“ zufügen wollte, und ihre 16jährige Tochter Beth nachts nicht schlafen konnte. Beim ersten Gespräch fiel dem Therapeuten auf, daß Amy sich seit einiger Zeit an ihren Handgelenken Kratzer und leichte Schnitte mit Messern, Heftzwecken, Heftklammern, Krampen und ähnlichem zugefügt hatte. Beth hatte vorher in einigen Briefen mit Selbstmord gedroht. In der Familie waren fünf Töchter zwischen 12 und 19 Jahren und ein 9jähriger Sohn. Der Vater arbeitete und ging nebenbei zum College. Die Mutter sagte dem Therapeuten am Telefon, der Vater habe zu viel zu tun und sei auch nicht gewillt, zur Therapie zu kommen, aber als der Therapeut ihn anrief, erklärte er sich zum Kommen bereit und kam von da an auch jedesmal zu den Sitzungen. Die Mutter arbeitete nachts als Krankenschwester, um Schulden zu bezahlen, die sie für die Familie aufgenommen hatte. Sie war ständig erschöpft, da sie auch die gesamte Hausarbeit ohne Hilfe durch die Kinder bewältigte. Die Mutter war sehr jung und attraktiv wie ihre Töchter. Sie sahen alle aus wie Schwestern und benahmen sich auch so.

Ein Supervisor – und zwar nicht die Autorin – hatte während der ersten fünf Monate der Therapie mit diesem Fall zu tun. Während dieser Zeit wurden etliche direkte Interventionen eingesetzt. Die erste bestand darin, eine 24stündige Selbstmordwache für Amy zu organisieren, an der die gesamte Familie beteiligt war, die Amy abwechselnd ständig beobachtete. Die Strategie bestand darin, die Ernsthaftigkeit des Problems zu dramatisieren, da die Familie die Ernsthaftigkeit der Selbstmordversuche zu gering einschätzte. Nach ein oder zwei Wochen schien das Problem mit Amy gelöst zu sein.

Dann konzentrierte sich die Therapie darauf, Arbeitspläne und Haushaltsaufgaben zu verteilen, da die Mutter ganz offensichtlich überlastet war. Der Vater schien unbeteiligt und verärgert und war von den geheimen Absprachen der Frauen in der Familie ausgeschlossen. Die Mädchen machten überhaupt nichts im Haus, und die Mutter zog die völlige Erschöpfung vor, statt hinter den Mädchen her zu sein und sie zur Übernahme einiger Aufgaben zu bewegen. Der Vater erhielt den Auftrag, die künf-

tige Arbeit der Kinder im Haus mit Tabellen zu organisieren. Dies ging einige Wochen gut, aber dann fielen sie zurück in die frühere Desorganisation.

Es wurde ein Termin mit den Eltern allein verabredet, um herauszufinden, welche Probleme sie daran hinderten, den Haushalt durchzuorganisieren. Dieses Treffen mußte jedoch aufgeschoben werden, weil Beth sagte, sie brauche Hilfe, da sie Alkoholikerin war, obwohl sie vor kurzem aufgehört hatte zu trinken, und weil sie Probleme in der Schule habe. Als dieses Problem abflaute, sagte Amy, sie würde zu ihrem Freund ziehen. Dann hatte Beth Wutausbrüche. Die beiden Mädchen wechselten sich ab, jedesmal mit einem Problem aufzutauchen, wenn sich der Therapeut die Ehe der Eltern vornehmen wollte.

Die Mutter sprach darüber, wie müde sie all der Probleme sei und wie sehr sie sich danach sehnte, einfach fortzugehen und die Familie zu verlassen. Offensichtlich nahm sie ihrem Mann eine Affäre übel, die er zu Beginn ihrer Ehe gehabt hatte. Die Mutter ging mit einer unverheirateten Schwester in Bars und spielte mit dem Gedanken an Seitensprünge. Als sie darüber sprach, sie würde die Familie verlassen, reagierte der Vater unpersönlich und sagte, sie habe zu viel Verantwortungsbewußtsein, um fortzugehen. Die Mutter sagte, sie habe keine Gefühle mehr für ihn und dächte daran, ihn im April zu verlassen. Es wurden mehrere Versuche gemacht, die Ehe zu verbessern, aber sie führten zu nichts. Jede Anweisung, die der Therapeut gab, wurde vom Ehepaar in einer Weise befolgt, die den Therapeuten disqualifizierte. Als sie zum Beispiel angewiesen wurden, zusammen Essen zu gehen, gingen sie zu McDonalds. Als der Vater den Auftrag bekam, der Mutter ein Geschenk zu machen, schenkte er ihr ein Preiselbeerschüsselchen.

Im fünften Monat der Therapie sagte die Familie, die Dinge hätten sich gebessert und sie glaubten, sie brauchten nicht länger zu kommen. Kurz darauf rief die Mutter den Therapeuten an und sagte, sie habe sich untersuchen lassen und hätte große Angst, weil es Anzeichen für Krebs bei ihr gab. Dies erwies sich als falscher Alarm, aber einige Tage später brachte sie Amy zu einer Sitzung, weil diese sich wieder einmal die Arme mit einem Messer aufgeschnitten hatte. Die Äußerungen der Mutter über diese wie auch über die meisten anderen Episoden waren äußerst vage. Es war eine ältere Schwester gewesen, Meg, die sich um Amy gekümmert und den Krankenwagen gerufen hatte. Die Schnitte waren nicht lebensgefährlich, aber Amys Verhalten war grotesk. Sie benahm sich so, als sei das, was sie getan hatte, etwas Niedliches und Schelmisches. In der darauffolgenden Woche nahm Beth eine Überdosis Midol und Bier. Sie rief selbst den Krankenwagen, bevor sie das Bewußtsein verlor, und wurde in ein Krankenhaus gebracht, wo sie zwei Wochen blieb.

Zu diesem Zeitpunkt berieten der Therapeut und der Supervisor sich mit der Autorin, um zu sehen, ob eine paradoxe Vortäuschungstechnik eingesetzt werden könne, um das Problem mit Beths und Amys immer wiederkehrendem selbstzerstörerischen Verhalten zu lösen. Die Autorin stellte dem Therapeuten folgende Frage: „Wenn man einmal annimmt, daß die selbstmordgefährdeten Mädchen sich schützend vor einen der beiden Elternteile stellen, welcher der beiden würde es dann sein? Um welchen Elternteil machen sich die Mädchen am meisten Sorgen?“ Der Therapeut antwortete, die Mädchen machten sich Sorgen um die Mutter, da diese müde, überarbeitet und in ihrer Ehe unglücklich sei, obwohl sie sehr viel attraktiver sei als der Vater. Die Autorin schlug als eine mögliche angemessene Intervention vor, die Mutter solle in der Sitzung vorgeben, erschöpft und unglücklich zu sein, und die Töchter sollten vorgeben, sie zu beruhigen und zu trösten. Am Abend zu Hause würde die Mutter dasselbe machen und versuchen, die Mädchen darüber zu täuschen, damit sie nicht wüßten, ob sie nur so tat oder sich wirklich so fühlte. Die Mädchen würden die Mutter dann beruhigen und trösten, damit sie sich besser fühlte. Auf diese Weise würde die Mutter ganz offen um Hilfe bitten und die Mädchen würden ihr ganz offen diese Hilfe gewähren. Die Mädchen wären in der Lage, ihrer Mutter in einer angemesseneren und spielerischen Weise zu helfen statt durch Selbstmordversuche. Die Mutter würde nach außen hin in der Hierarchie in bezug auf ihre Töchter absteigen, aber sie würde auf diese Situation reagieren, indem sie mit angemessenem mütterlichen Verhalten die Verantwortung übernehmen würde – und somit die hierarchische Struktur wieder richtigstellen würde. Die Hypothese war folgende: Das Verhalten der Mädchen war eine Metapher für die Depression und Verzweiflung der Mutter. Der Plan der Mädchen bestand darin, der Mutter zu helfen, indem sie deren Sorge wegen ihres selbstmörderischen Verhaltens heraufbeschworen und sie dazu brachten, sich auf ihre Situation als Mutter und nicht auf ihre Lage als niedergeschlagene, unglückliche Ehefrau zu konzentrieren. Und die Hilfsbereitschaft der Mädchen gegenüber der Mutter führte zu einer Umkehrung der Hierarchie, so daß die Mutter tatsächlich den Töchtern nicht wirkungsvoll helfen konnte.

Der Supervisor hielt es in diesem Fall für das beste, die Sitzung anzufangen, indem der Therapeut noch einmal all die Probleme aufführte, deretwegen die Familie in die Therapie gekommen war, und alles, was während der Therapie gemacht worden war, um diese Probleme zu lösen. Wenn bei dieser Diskussion die Frage der Sorge der Töchter für ihre Mutter auftauchte, sollte die Autorin hinter den Einwegspiegel gebeten werden, um die Intervention zu beaufsichtigen, und sie würde dann von da an den Fall weiter beaufsichtigen.

In der Sitzung waren die Eltern und vier Töchter (eine war auf dem College) anwesend, und das Gespräch begann wie geplant mit dem Überblick des Therapeuten. Dann wurde der Vater gebeten, einen Selbstmordbrief von Beth vorzulesen, den die Mutter zur Sitzung mitgebracht hatte. In diesem Brief sagte Beth, ihre Mutter „arbeite sich den Arsch ab, um die verdammten Rechnungen zu bezahlen“ und sei „die ganze Zeit unglücklich“, und sie, Beth, „arbeite sich den Arsch ab in der Schule, nur um eine Person glücklich zu machen, und das ist meine Mutter“. Als der Vater fertig vorgelesen hatte, hatte die Mutter Tränen in den Augen und Beth und Amy versteckten ihr Gesicht hinter ihrem Haar. Der Therapeut sprach mit ihnen über die Sorge der Mädchen für ihre Mutter. Man beschloß, es gäbe genügend Beweise für diese ständige Sorge, und die Autorin wurde hinter den Einwegspiegel gerufen, um die Aufsicht zu übernehmen. Die Vortäuschungsintervention begann, indem der Therapeut die Mutter bat, so zu tun, als sei sie sehr müde und deprimiert, wie sie es normalerweise zu Hause war, und der Rest der Familie sollte zugucken und sehen, ob sie es gut machte. Bei dieser Aufforderung tauchten Beth und Amy zum ersten Mal wieder während des Gesprächs hinter ihrem Haar hervor und betrachteten den Therapeuten und die Mutter voller Interesse. Die Mutter sagte, es sei schwer, das vorzutäuschen, wenn sie auf einem Stuhl saß statt zu liegen, und daher schlug der Therapeut vor, sie solle sich auf den Boden legen und all die anderen könnten sich zu ihr gesellen und sich auf den Boden setzen. Sie machten das, wobei sie ziemlich viel kicherten, und die Mutter legte sich auf die Seite auf den Teppich und murmelte schwach, sie sei müde. Als sie gefragt wurden, ob dieses Vortäuschen der Mutter realistisch sei, bestätigte der Vater dies und sagte, manchmal läge sie auf der Couch und manchmal auf dem Bett. Die ältere Tochter Meg sagte, ihre Mutter decke sich normalerweise mit einem Mantel zu, und der Therapeut bat Amy, der Mutter ihre Jacke zu geben, die sie als Mantel benutzen könnte. Der Therapeut ermutigte die Mutter, noch realistischer zu spielen und zu sagen, sie fühle sich wie ein kleines Baby, das all dieser Kinder und dieser Verantwortung müde sei, und sie habe nur den Wunsch, sich zusammenzurollen und nichts zu tun. Diese Worte beschrieben tatsächlich die Mutter genauso, wie sie sich oft selbst darstellte.

Nachdem die Mutter dies einige Minuten lang vorgespielt hatte, wurden die Mädchen gebeten, sich ihr zu nähern, sie zu trösten und sie zu beruhigen. Meg und Jo setzten sich schnell neben sie, klopfen ihr den Rücken und fragten sie, ob sie irgend etwas brauchte. Aber Beth und Amy blieben schüchtern und distanziert, obwohl der Therapeut mehrere Versuche machte, sie zu ermutigen, sich ihrer Mutter hilfreich zu nähern. Schließlich ging Beth zu ihr und sagte scherzend: „Steh auf, Mama. Ich muß die Couch verkaufen“, und setzte sich über die Beine der Mutter. Dann stand Amy auf, bot ihrer Mutter etwas Tee an und ging ziellos im Zimmer hin und her und tat so, als brächte sie ihr eine Tasse. Der Therapeut schlug vor, alle Mädchen sollten die Mutter umarmen und küssen, da sie sehr viel Liebe und Fürsorge brauche. Die Mädchen umarmten sie zärtlich, wobei Beth und Amy wieder die letzten waren.

Während all dieses Spielens und Umarmens zwischen den Frauen in der Familie, war der Vater zu einem Stuhl in der Ecke des Zimmers gegangen und saß dort vornübergebeugt, den Kopf in den Händen, ein Bild der völligen Niedergeschlagenheit. Die Autorin, die das Ganze hinter dem Spiegel beaufsichtigte, machte sich wegen dieser depressiven Haltung allmählich Sorgen. Diese Sorge führte weiter zu dem Gedanken, um wieviel mehr die Töchter sich Sorgen machen müßten, wenn sie ihn in dieser niedergeschlagenen Stimmung sehen, wenn die Beraterin sich schon so viel Sorgen machte. Vielleicht war die Intervention falsch, und vielleicht war es der Vater und nicht die Mutter, dem die Töchter auf diese abwegige und selbstzerstörerische Art zu helfen versuchten. Die Selbstmordversuche der Mädchen hatten in der Tat die Eigenschaft der verzweifelten Geste eines verlassenen Liebhabers. Zudem wurde durch die Selbstmordversuche erreicht, daß die Mutter den Vater nicht verlassen konnte, während beide versuchten, das Leben ihrer Töchter zu retten – und jetzt war April, der Monat, in dem die Mutter ihrer Aussage nach fortgehen wollte. Die Mädchen halfen dem Vater, seine Frau zurückzuhalten. Aber diese Hilfsbereitschaft machte den Vater hilflos, und er konnte dadurch weder Vater für die Mädchen sein noch Ehemann für seine Frau.

Aufgrund dieser Hypothese wurde der Therapeut angewiesen, die vorherige Anweisung zu beenden, indem er den Vater bat, ebenfalls seine Frau zu umarmen und zu trösten und dann die Konzentration auf den Vater zu lenken und jetzt ihn zu bitten, so zu tun, als sei er deprimiert und unglücklich. Der Vater kniete auf den Boden und umarmte seine Frau zärtlich. Die Mutter umarmte ihn auch und schien erfreut. Der Therapeut bat den Vater, sich hinzusetzen und so zu tun, als sei er deprimiert und völlig überwältigt von finanziellen Problemen, beschämt, weil seine Frau arbeiten mußte, und sehr beunruhigt über die Sorgen, die ihm seine Töchter machten. Der Vater sagte, das brauche er nicht vorzutäuschen. Genau dieselben Worte hatte er schon in der Vergangenheit benutzt, um seine Situation zu beschreiben. Er fing mit dem Spielen an, indem er sich ein paar Minuten auf den Stuhl setzte und niedergeschlagen aussah, genauso, wie er auch den größten Teil der Sitzung ausgesehen hatte. Dann wurden die Mädchen gebeten, den Vater zu trösten. Sie sprangen alle sofort auf und stellten sich an, um ihn zu umarmen und zu küssen, Beth und Amy genauso, oder sogar noch eifriger als die bei den anderen Schwestern. Der Therapeut fragte den Vater, ob er es gern hätte, wenn die Mädchen dies ein zweites Mal machten. Er sagte Ja, und die Mädchen sprangen wieder mit großem Enthusiasmus auf. Die Reaktion der Mädchen war ein Hinweis darauf, daß die Hypothese vermutlich richtig war und daß die Mädchen großes Interesse hatten, dem Vater zu helfen. Die Kooperation der Mädchen bei der Anweisung, so zu tun, als trösteten sie den Vater, war ein Zeichen dafür, daß die Metapher verstanden worden war und die Therapie sich auf dem richtigen Wege befand. Im Gegensatz dazu waren sie äußerst widerwillig darangegangen, so zu tun, als trösteten sie die Mutter. Wenn Kinder sich weigern, an einer Vortäuschungstechnik teilzunehmen, hat der Therapeut vermutlich einen Fehler gemacht und die Metapher im symptomatischen Verhalten der Kinder mißverstanden. In diesem Fall hatten die Mädchen vermutlich auch deswegen nur zögernd die Mutter getröstet, weil sie es ihr vermutlich übelnahmen, ihnen ein so extremes und zerstörerisches Verhalten abzuverlangen, wie zum Beispiel einen Selbstmordversuch, um die Mutter dadurch im Haus zu halten.

Die Mutter wurde dann gebeten, auf den Mann zuzugehen und ihn zu umarmen. Sie reagierte so, als müsse sie alles Mögliche tun, um vor jedem ihre besondere Position als Ehefrau zu demonstrieren und zu zeigen, daß der Ehemann ihr gehörte. Sie stolzierte langsam zu ihm hin, setzte sich auf seinen Schoß und sprach von ihren stillen Momenten in der Küche, während sie ihn umarmte und küßte.

Der Therapeut gab den Eltern den Auftrag, dieses Vortäuschen mehrere Male an jedem Abend der Woche zu Hause durchzuführen, genauso wie sie es jetzt in der Sitzung getan hatten, und betonte, sie würden manchmal wirklich müde und deprimiert sein und manchmal einfach nur so tun, aber sie müßten es in einer Weise tun, bei der die Mädchen nicht wüßten, ob sie es vortäuschten. Die Mädchen sollten beide Eltern auf dieselbe Art trösten, wie sie es in der Sitzung gemacht hatten, und sie sollten sich für jeden der beiden Eltern in der Woche eine kleine Überraschung ausdenken.

Das nächste Gespräch wurde eine Woche später geführt. Die Familie lebte eineinhalb Stunden entfernt, und als sich die Mutter fertig machte, um mit drei Töchtern zur Sitzung zu fahren, entdeckte sie, daß das Auto nicht startete. Der Vater war auf der anderen Seite der Stadt mit Amy und dem 9jährigen Sohn, die er zur Sitzung brachte. Dem Vater blieb keine Zeit, um die übrige Familie abzuholen, und daher kam er allein mit den beiden Kindern. Er sah glücklich und optimistisch aus und berichtete, jeder in der Familie hätte jeden anderen in der Woche häufig umarmt und geküßt, obwohl nichts vortäuscht worden war, und die ganze Atmosphäre im Haus habe sich verändert. Die Mädchen hätten sich größte Mühe gegeben, nett zueinander zu sein, zu ihrem Bruder und zu den Eltern. Beth, deren Selbstmordbrief in der vorherigen Sitzung vorgelesen worden war, hatte dem Vater einen weiteren Brief geschrieben und sich darin dafür entschuldigt, daß sie es schwierig fand, entsprechend den Anweisungen in der Sitzung den Eltern gegenüber Zärtlichkeit zu zeigen. Der Vater hatte mit ihr gesprochen und ihr gesagt, es sei sein Fehler und nicht ihrer, weil er nie einem seiner Kinder diese Art von Zuneigung gezeigt habe, die ein Kind in den frühen Lebensjahren braucht. Der Therapeut erfuhr jetzt zum ersten Mal, daß sich der Vater schuldig fühlte und nachlässig fand, aber sie gab keinen Kommentar zu dieser Aussage. Diese Art Einsicht ergibt sich häufig nach einer schnellen Veränderung in der Therapie, und man akzeptiert es am besten respektvoll und macht dann weiter. Der Vater sagte, er würde sich von nun an ändern und sich hundertprozentig der Fürsorge für seine Familie widmen.

Der Therapeut sagte dem Vater, dieselbe Anweisung in bezug auf das Vortäuschen gelte auch für die nächste Woche, da die Hälfte der Familie nicht anwesend sei, und er bat ihn, die Anweisungen dem Sohn zu erklären, der in der vorherigen Sitzung nicht dabei gewesen war. Der Vater erklärte die Anweisungen sehr sorgfältig, ohne etwas auszulassen. Er gab dann noch einmal vor, deprimiert zu sein,

und Amy und der Junge trösteten ihn. So würden sie sich zu Hause daran erinnern, was sie zu tun hatten.

Amy erzählte, wie die Mädchen ein weiteres schwerwiegendes Problem zu Hause gelöst hatten. Die Familie hatte nur ein Badezimmer, und alle vier Mädchen mußten jeden Morgen vor der Schule ihr Haar waschen, oder sie weigerten sich zu gehen. Der einzige Föhn, den die Familie besaß, war im Badezimmer, und so gab es jeden Morgen einen Kampf um das Badezimmer. Die Mädchen hatten das Problem in dieser Woche durch einen Zeitplan gelöst, nach dem jede von ihnen abwechselnd das Badezimmer benutzen konnte, angefangen um 6 Uhr morgens. Diese Lösung hatte zu einem besseren Verständnis zwischen den Schwestern geführt.

Die Sitzung endete, indem der Therapeut dem Vater für die Veränderungen, die er in der Familie hervorgerufen hatte, gratulierte. Der Vater freute sich und sagte, er wisse jetzt, was er zu tun habe, und er würde es auch tun. Er wolle „seine Zeit hundertprozentig der Familie“ widmen.

Therapeut und Supervisorin planten die nächste Sitzung als die letzte ein. Da der Vater nun zum Ausdruck gebracht hatte, er würde das Problem lösen, mußte der Therapeut ihm die Chance geben, dies auch zu tun und ihn gehen lassen. Seine Zuversicht bewies, daß die Mädchen ihn nicht länger zu beschützen brauchten, und es wäre ein Irrtum gewesen, seine Zuversicht in irgendeiner Weise zu untergraben.

Die nächste Sitzung fand eine Woche später statt, und die ganze Familie war anwesend. Jeder war glücklich. Es hatte keine Vortäuschungsspiele mehr gegeben, aber die Kinder hatten kleine Dinge für die Eltern getan, ihnen zum Beispiel Frühstück ans Bett gebracht, Tee gekocht, sie umarmt und Überraschungen für sie gehabt. Sie kamen alle gut miteinander aus. Der Therapeut gratulierte beiden Eltern und fragte sie, wie sie das Anhalten dieser Veränderung sicherstellen könnten. Der Vater antwortete, er würde dazu beitragen, indem er den Kindern seine Zuneigung zeigte und Zeit mit ihnen verbrachte, und die Kinder mußten weiterhin zärtlich zueinander und zur Mutter sein. An dem Tag hatten die Eltern Hochzeitstag und der Therapeut ergriff die Gelegenheit, um sie einander näherzubringen. Beide wurden gebeten, einander ihre Liebe auszudrücken, was sie auch taten, und sie küßten sich romantisch unter Gekicher und Applaus all ihrer Kinder.

In der Nachfolgeuntersuchung ein Jahr später zeigte sich, wie gut alles mit der Familie lief. Der Vater hatte das Haus umgebaut und war sehr stolz auf seine Frau und seine Töchter. Auch bei der zweiten Nachfolgeuntersuchung drei Jahre später zeigte sich, daß die Mädchen immer noch ohne Symptome waren und die Eltern zusammengeblieben waren.

Fassen wir den Fall zusammen: Die Selbstmordversuche der Mädchen drückten ihre eigene Verzweiflung und die des Vaters aus. Die gebieterische Seite dieses selbstzerstörerischen Verhaltens war die, der Mutter den Befehl zu geben, für die Töchter zu sorgen und sie nicht zu verlassen und somit also auch den Vater nicht zu verlassen. Das Verlangen der Töchter nach der fürsorglichen Gegenwart der Mutter wurde durch selbstzerstörerisches Verhalten dargelegt und war eine Metapher für das Bedürfnis des Vaters nach der Mutter. Da die Aufmerksamkeit der Eltern sich auf die Töchter richtete, hatte der Vater nie offen seinen Wunsch der Mutter gegenüber ausdrücken müssen, ihn nicht zu verlassen. Die Mädchen brachten das für ihn zum Ausdruck. Der Plan der Mädchen bestand darin, die Mutter daran zu hindern, sie zu verlassen, da sie gebraucht wurde, um sich um die beiden selbstmordgefährdeten Töchter zu kümmern. Diese Hilfsbereitschaft dem Vater gegenüber schuf jedoch ein schlimmeres Problem als das, was man zu lösen beabsichtigte, indem es die Eltern daran hinderte, sich freudig einander zuzuwenden und sich auf ihre eigene Beziehung zu konzentrieren und nicht so sehr auf die Mädchen. Die Töchter schienen hilflos zu sein, da sie drohten, Selbstmord zu begehen, aber dennoch waren sie in ihrer Rolle als unglückselige Helfer für ihre Eltern sehr mächtig.

Die therapeutische Strategie bestand darin, es für beide Eltern so einzurichten, ganz offen hilflos zu erscheinen, indem sie eine Depression vortäuschten, statt in verdeckter Form um Hilfe zu bitten, wie sie es bisher getan hatten. Die Töchter konnten ihnen ganz offen helfen, wenn sie Zuneigung zeigten statt sich selbstmörderisch zu verhalten. Beide Eltern konnten dann spontan das Verhalten der Töchter imitieren und auch füreinander Zuneigung zeigen. Der Vater lehnte sich gegen seine untergeordnete Position auf, als er Depressivität und Hilflosigkeit vortäuschte. Er übernahm auf eine angemessene, fürsorgliche und väterliche Weise die Sorge für die Mädchen, und die Hierarchie innerhalb der Familie wurde nicht nur in bezug auf die Autorität korrigiert, sondern auch in bezug auf die Zuneigung. Ohne Einmischung der Mädchen konnten die Eltern ihre Schwierigkeiten miteinander auf ihre eigene Art und Weise lösen und mit einem guten Gefühl zueinander finden.

Beispiel 21.1: Systemischer Ansatz in der Borderline-Therapie

Das Fallbeispiel einer 40-jährigen Borderline-Patientin verdeutlicht:

- wie durch systemisches Fragen am Anfang einer Einzeltherapie der Therapieauftrag geklärt,
- das spezifische Beziehungsmuster der Ambivalenz herausgearbeitet und
- ein positiver Sinnzusammenhang der Symptomatik hergestellt werden kann.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf Abschnitt:

- 21.3 Wirkung und Therapie pragmatischer Paradoxien

Quelle

Ebbecke-Nohlen, A. (2000).

Zur Organisation von Ambivalenz – Der systemische Ansatz in der Borderline Therapie.

Psychotherapie im Dialog, 2000, 4, 36–45; hier S. 38–41.

Mit freundlicher Genehmigung.

Die Klärung des Auftrags Teil 1 – Erwartungen an die erste Stunde

Wesentliche Schritte des systemischen Ansatzes werden anhand einer Therapie mit einer vierzigjährigen frühberenteten Klientin aufgezeigt, die seit ihrer Jugend mit der Diagnose Borderline behaftet ist und seitdem ambulant und stationär mit Hilfe verschiedener therapeutischer, u. a. tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Methoden behandelt wurde.

Therapeutin: Mir ist wichtig herauszufinden, mit welchen konkreten Fragen Sie zu mir kommen und was Sie über sich herausfinden wollen und ob ich Ihnen dazu etwas Hilfreiches anbieten kann.

Klientin: Ich habe das Schreiben nicht dabei, das ich für Sie zurechtgelegt habe. Es enthält meinen Lebenslauf, und eine Therapeutin kann sich damit einen sehr guten Eindruck über mich und mein Leben verschaffen. Aber meine Fragen, die habe ich Ihnen ja schon in meinem ersten Brief geschrieben. Ich möchte wissen: Führen Sie selbst Therapien durch? Könnte ich zu Ihnen in Therapie kommen? Und glauben Sie, dass ein therapeuereifahrener Mensch unter Umständen selbst einschätzen kann, was gut für ihn ist?

Therapeutin: Ich sage „ja“ zu allen drei Fragen, vor allem zu Ihrer dritten Frage. Ich bin sicher, dass Sie einschätzen können, was gut für Sie ist. Aber erzählen Sie mir doch bitte zunächst, wie Sie auf mich gekommen sind?

Klientin: Ich habe in der psychologischen Beratungsstelle ein Heft von diesem Institut gefunden, und da bin ich auf Sie aufmerksam geworden. Mich hat auch Ihr Alter angesprochen und dass Sie Spezialistin für Psychosen sind. Ich habe schon unendlich viele Therapeuten gesehen.

Therapeutin: Sie haben jede Menge Erfahrung.

Klientin: Ja, ich habe schon ziemlich viele Therapien und Therapeuten kennengelernt. Ich suche mir die Leute nach bestimmten Kriterien aus. Mir haben Ihre vielen Berufsausbildungen imponiert, und ich habe gedacht, diese Frau ist nicht so fixiert auf „Psycho“, weil sie noch etwas anderes kennengelernt hat.

Therapeutin (lacht): Was müssten wir heute hier machen, damit Sie sagen, das bringt mich einen Schritt weiter?

Klientin: Ich hatte große Angst vor dem Gespräch trotz meiner Therapieerfahrung. Meine erste Begegnung mit einem Therapeuten war verheerend. Man weiß nie, wie sich das Gespräch entwickelt und ob Fragen kommen, die mich in die Krise stürzen. Deswegen habe ich mir vorgenommen, mich am Anfang bedeckt zu halten. Verstehen Sie das?

Therapeutin: Sie sind mit der Absicht gekommen, gut für sich zu sorgen. Das kann ich nur gut finden.

Klientin: Ich bin normalerweise ein Plappermaul. Mir ist aber heute wichtig, wieder gut nach Hause zu kommen.

Therapeutin: Was denken Sie, was müssten wir heute tun, damit Sie einen Schritt weiterkommen und wieder gut nach Hause kommen?

Klientin: Ich weiß nicht. Ich will mich schon auf das Gespräch einlassen, und ich habe mir vorgestellt, dass Sie mir Fragen zu meiner Familie stellen und nach meinen größten Schwierigkeiten fragen. Ich will aber noch nicht über die Auslöser meiner Probleme sprechen, denn das ist so, als wenn man ein Folteropfer zwingt zu sprechen.

Therapeutin: Ich finde es völlig richtig, dass Sie mit dem Vorsatz hierher kommen, gut für sich zu sorgen. Das ist eine gute Voraussetzung für unsere Zusammenarbeit. Ich stelle die Fragen, die mir wichtig sind, und Sie können entscheiden, welche Fragen Sie beantworten wollen und welche nicht. Können wir diese Absprache treffen?

Klientin: Ja.

Kommentar zu der Klärung des Auftrags Teil 1 – Erwartungen an die erste Stunde

Zu Beginn des Erstgesprächs wird bereits deutlich, welches die zentralen Elemente des therapeutischen Kontaktes sind. Die Therapeutin lädt die Klientin zu einem besonderen, im therapeutischen Kontext eher ungewöhnlichen Dialog ein. Sie fragt nicht nach der Krankheitsgeschichte oder nach den besonderen Schwierigkeiten bzw. Problemen, die in die Therapie führen, sondern nach den Fragen, die die Klientin mitbringt. Durch die Fokussierung auf Fragen wird gleich zu Beginn dem Neuen und der Neugier gegenüber dem Unbekannten besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Es macht einen erheblichen Unterschied, ob ein Gespräch mit einer Problem- bzw. Krankheitsgeschichte begonnen wird oder mit Fragen.

Die anamnestiche Variante bedeutet, dass sich die Klientin in einem ihr ausgiebig bekannten Feld bewegt. Sie erzählt etwas, über das sie in der Regel schon häufiger berichtet hat und das für sie eher weniger erfreulich ist. Sie macht sich durch die wiederholte Erzählung ihrer Krankengeschichte immer wieder erneut zur Kranken. Die Erhebung der Anamnese reduziert die Klientin in der Regel auf ihre kranken Anteile. Die Frage-Variante bedeutet dagegen für die Klientin Neuland und auch Arbeit, da sie aufgefordert wird, aus der ihr bekannten eigenen Geschichte die Aspekte herauszukristallisieren, die sie momentan am meisten beschäftigen und auf die sie selbst noch eine Antwort sucht. Gerade für sog. „chronische“ Klientinnen, die sich schon seit langer Zeit in therapeutischen Kontexten bewegen, hat die Fokussierung auf eigene Fragestellungen Überraschungscharakter.

Durch die Frage-Variante in der Therapieeröffnung lädt die Therapeutin die Klientin zu einem neuen Spiel ein und nimmt gleichzeitig bestimmte Einladungen der Klientin, sich z. B. auf Problematisches konzentrieren zu sollen, nicht entgegen (Ebbecke-Nohlen 1994). Sowohl Therapeutin als auch Klientin begeben sich auf Neuland und suchen gemeinsam nach Antworten und Lösungen. Sie tun dies in einem Kontext von flacher Hierarchie. Wir können in diesem Zusammenhang auch von einer Expertinnen-Runde sprechen. Unterschiedliches Expertinnen-Wissen kommt hier zusammen. Die Therapeutin kann als Expertin für klinische Zusammenhänge und für therapeutische Gesprächsführung angesehen werden und die Klientin als Expertin für ihr eigenes Leben.

So bedeutet die Fokussierung auf die Fragen gleich im Eröffnungssatz einen entscheidenden Perspektivenwechsel für Klientin und Therapeutin weg von der Pathologie hin zu den Ressourcen. Statt die eigene Krankengeschichte zu erzählen, bringt die Klientin durch ihre Fragen zum Ausdruck, dass sie etwas für sich in Erfahrung bringen will und die Therapeutin stellt, statt sich auf die Defizite der Klientin zu konzentrieren, ihrerseits die Ressourcen der Klientin in den Mittelpunkt und spannt gleichzeitig den Bogen zu der therapeutischen Beziehung (Ebbecke-Nohlen 1999).

Die Klärung des Auftrags Teil 2 – Die gemischten Gefühle gegenüber Therapie

Therapeutin: In der Regel ist es so, dass die Menschen mit gemischten Gefühlen zu mir kommen. Auf der einen Seite kommen sie mit Befürchtungen und Skepsis und auf der anderen Seite mit Wünschen und Hoffnungen. Ich möchte zunächst etwas über Ihre Skepsis wissen. In welche Richtung geht Ihre Skepsis?

Klientin: Das kann ich nur schwer ausdrücken. Die letzte Therapeutin habe ich am Anfang sehr abgelehnt, und erst im letzten Drittel der Zeit habe ich sie richtig gern gehabt. Sie war so kühl, und in einem unverfänglichen Gespräch hat sie den Auslöser meiner Probleme angesprochen. Da wollte ich nur noch fliehen. Das ist wirklich meine größte Befürchtung.

Therapeutin: Das heißt, Sie befürchten, dass Sie, wenn Sie über die Auslöser Ihrer Probleme reden, sich so darin verfangen, dass Sie nicht wieder herauskommen?

Klientin: Ja.

Therapeutin: Heißt das auch, es wäre nicht so günstig, wenn ich Sie zu Ihren größten Schwierigkeiten fragen würde, weil Sie sich unter Umständen so darin verfangen würden, dass Sie nicht mehr herauskämen.

Klientin: Ja. Und was ich auch absolut nicht leiden kann, sind „Hammermethoden“ wie Provokationen und Konfrontationen vom Therapeuten, die mich aus der Reserve locken sollen, die aber nur Unheil anrichten. Ich wurde damit schon in eine Art Erkenntnis-Schock-Situation hineinkatapultiert.

Therapeutin: Was war die schlimmste Erfahrung diesbezüglich?

Klientin: Das war bei einem Psychotherapeuten, der saß da wie ein Stein und nicht wie ein Mensch.

Therapeutin: War die Provokation die, dass er sich wie ein Stein verhielt?

Klientin: Nein, er war unfreundlich und distanziert, ähnlich wie mein Arzt, bei dem ich auch das Gefühl habe, ich bin ihm lästig. In den siebziger Jahren bis 1985 habe ich mit großen Pausen Therapie bei einem Professor gemacht. Der hat mich schon als Jugendliche gekannt und mich knallhart konfrontiert. Er hat mich gefragt, ob ich schon mit 20 Jahren ein Sozialfall sein will. Daraufhin habe ich mich zusammengenommen und es lange geschafft, kein Sozialfall zu sein.

Therapeutin: Das heißt, er hat Ihnen wehgetan, aber Sie haben sich danach auch zusammengenommen. Einerseits war das schlimm, und andererseits war das auch hilfreich.

Klientin: Er hat mir noch andere Dinge an den Kopf geworfen, die wenig hilfreich waren. Mein derzeitiger Arzt sagt mir, dass ich mit meiner niederen Persönlichkeitsstruktur immer wieder an Männer geraten werde, die mich ins Chaos ziehen. Nach dem Motto, ich werde 50 bleiben und kann mich nicht ändern. Das macht mich fix und fertig.

Therapeutin: Das kann ich nachvollziehen. Sie sagen, die drei größten Befürchtungen sind, dass Sie beim Erzählen so in Ihre Schwierigkeiten hineinkommen, dass Sie nicht mehr herauskommen, dass Sie provoziert werden könnten und dass Ihnen jemand sagt, dass Sie sich nicht mehr ändern werden oder dass Ihre Struktur Sie auf immer begleitet. Jetzt möchte ich aber noch gern auf die andere Seite der Medaille schauen, auf die andere Seite der gemischten Gefühle. Welche Wünsche, Hoffnungen und Erwartungen haben Sie?

Klientin: Meine größte Hoffnung ist, dass ich zu Ihnen Vertrauen aufbauen kann und dass wir zusammen ein maßgeschneidertes Therapiekonzept erarbeiten können.

Therapeutin: Das ist gut. Vertrauen ist gut, aber etwas Misstrauen ist auch wichtig. Wenn Sie gut für sich sorgen wollen, ist ein bisschen Misstrauen auch angebracht. Passen Sie gut auf! Und wenn ich doch einmal mit einem „Hammer“ komme und etwas sage, was Ihnen nicht passt, dann machen Sie mich darauf aufmerksam. Ist das o. k.?

Klientin (schmunzelt): Ja das ist o. k.

Therapeutin: Sie haben schon so viel gemacht und haben ein großes Expertinnenwissen über sich. Ich weiß noch ganz wenig über Sie und muss mich erst einmal kundig machen. Sie wissen, was maßgeschneidert ist, was passt und was nicht passt. Gehen wir gleich in die Lösung hinein. Wie sähe das maßgeschneiderte Therapiekonzept aus? Was sollen wir hier machen, damit Sie sagen, das hilft mir weiter?

Kommentar zu der Klärung des Auftrags Teil 2 – Die gemischten Gefühle gegenüber der Therapie
Auftragsklärung heißt nicht nur, Vorstellungen darüber zu erfragen, was in einer Therapie geschehen soll, sondern auch, sich über die Dinge kundig zu machen, die nicht passieren sollen. Klientinnen kommen nicht nur mit der Erwartung auf Veränderung in Therapie, sondern mindestens ebenso häufig mit der Befürchtung, dass auch eine Therapie nichts ändern kann oder dass vielleicht etwas Unerwünschtes geschieht. Manchmal steht auch der mehr oder weniger verborgene Wunsch im Vordergrund, die Therapie möge die Beibehaltung des Status quo gewährleisten und eine eigene Veränderung überflüssig machen.

Die Frage nach den gemischten Gefühlen als Teil der Auftragsklärung ermöglicht es, die Klientin genau da abzuholen, wo sie sich gerade befindet. Es ist dabei günstig, mit der Skepsis bzw. mit den Befürchtungen zu beginnen. Bleiben die mitgebrachten Vorbehalte unausgesprochen, verhindern sie in der Regel die Konzentration auf das Gespräch und erschweren die Kontaktaufnahme. Können sie formuliert werden, findet ein Externalisierungsprozess statt, der es ermöglicht, die Befürchtungen zu würdigen und für sie Verständnis zu haben. Die Skepsis ist nicht mehr Hindernis, sondern wird zur Ressource. Auch die Formulierung der Erwartungen und Wünsche an die Therapie wird durch die empfohlene Reihenfolge leichter und konkreter. Die Ambivalenz geht nicht verloren, da sie im Gesamtkomplex der „Gemischten Gefühle“ enthalten ist.

Die von den bisherigen Therapeutinnen bescheinigte und von der Klientin gefürchtete Chronifizierung wird gleich zu Beginn und auch im weiteren Therapieverlauf immer wieder umgedeutet in Erfahrungswissen. Auch die Skepsis der Klientin wird positiv, nämlich als Fürsorge sich selbst gegenüber konnotiert. So wird gleich zu Beginn der Therapie die therapeutische Beziehung definiert. Nicht die Regression wird angestrebt und auch nicht das Bewusstsein, dass viele Defizite beseitigt werden müssen, sondern die Idee wird lanciert, dass die Klientin bereits im Besitz der notwendigen Fähigkeiten ist, dass allenfalls der Blick auf diese Fähigkeiten verstellt ist und dass durch einen Wechsel der Perspektive diese Ressourcen wieder verfügbar werden. So wird von Anbeginn an der Eigenverantwortung der Klientin breiter Raum gegeben. Durch das Fokussieren auf ihr Erfahrungswissen, ihre Neugier in Bezug auf die Zukunft, ihre Fürsorge für sich selbst und ihre Mitverantwortung für das „maßgeschneiderte“ Therapiekonzept werden die Fähigkeiten der Klientin in das Blickfeld von Therapeutin und Klientin gerückt.

Ein weiteres wichtiges Element ist gerade bei „chronischen“ Klientinnen die positive Bewertung der Erfahrungen, die in früheren Therapien gemacht worden sind. Dies ist nicht immer einfach, da gerade bei „Chronizität“ oft die Tendenz vorhanden ist, die bisherige Entwicklung als Versagen zu interpretieren. Gleichzeitig besteht jedoch oft noch eine loyale Beziehung zu früheren Therapeutinnen. Fragen, wie: „Was haben Sie aus den früheren Therapien mitnehmen können“ oder „was haben Sie dort für sich gelernt“, ermöglichen eine wertschätzende Haltung und positive Sinngebung der bisherigen Lösungsschritte.

Die Suche nach dem subjektiven Sinnzusammenhang und nach den guten Gründen für die Symptomatik

Therapeutin: Wofür ist Ihre Symptomatik gut oder anders gefragt, wofür ist es gut, so wie Sie leben?

Klientin: So wie ich jetzt lebe, das ist für nichts gut. Ich habe keinen Beruf, ich verdiene kein Geld, ich habe keine Familie, noch nicht einmal einen Freund, und ich liege immer noch meiner Mutter auf der Tasche. Außerdem geht es mir so dreckig, dass ich mich wegschmeißen könnte.

Therapeutin: Ja, das habe ich schon verstanden, dass es Ihnen alles andere als gut geht, aber meine Frage zielt auf etwas anderes. In der Regel macht es für irgend etwas Sinn, so wie Menschen sich verhalten oder so wie sie sich entscheiden im Leben. Ein bestimmtes Verhalten ist meistens auch ein Lösungsversuch für eine zugrunde liegende Situation. Und das ist meine Frage. Wofür macht die Symptomatik Sinn, was hat sich z. B. in Ihrem Leben mit der Symptomatik verändert?

Klientin: Es kommt mir fast dumm vor, es auszusprechen, aber ich bin tiefgründiger und vielschichtiger geworden. Mein Leben wäre einfacher, wenn es nicht so wäre, aber ich kann mich gut in andere Menschen und Situationen hineinversetzen, sogar mehr als mir gut tut.

Therapeutin: Verstehe ich das richtig, dass Sie sagen, dass sie gute Antennen für andere Menschen entwickelt haben, aber dass Sie nicht ausreichend darauf achten, sich auch abzugrenzen?

Klientin: ja genau, ich habe einmal gelesen, dass Menschen mit Borderline häufig die Probleme aus Fernsehfilmen oder von anderen Leuten für ihre eigenen Probleme halten. Ich habe einmal ein Praktikum als Altenpflegerin gemacht und bin vor Mitleid fast umgekommen.

Therapeutin: Wenn ich Sie danach frage, wofür Ihre Symptomatik gut ist, wofür sie Sinn macht, dann suche ich nie nur einen einzelnen Zusammenhang, sondern ich suche eine ganze Hand voll guter Gründe. Wofür ist die Symptomatik noch wichtig?

Klientin: Das Wichtigste ist vielleicht, dass ich immer etwas Besonderes sein wollte. Ich wollte auf keinen Fall ein Durchschnittsmensch sein. Das fand ich ganz schrecklich diese Vorstellung, so ganz normal zu sein wie eine graue Maus (lacht).

Therapeutin: Ja, das kann ich verstehen (lacht mit).

Klientin: Und ich wollte meine Mutter im Auge haben und mir sicher sein, dass es ihr gut geht. Mein Vater ist schon vor vielen Jahren gestorben. Durch meine Krankheit kann ich ja immer bei ihr sein und mich vergewissern, dass alles in Ordnung ist. Als ich einmal mit einer Reisegruppe unterwegs war, habe ich immer gedacht, es könnte ihr etwas passiert sein.

Therapeutin: Jetzt bin ich aber wirklich beeindruckt, wie viele gute Gründe Ihnen noch eingefallen sind, und vielleicht gibt es ja noch mehr. Ich möchte Ihnen an dieser Stelle auch sagen, warum mir dieser Punkt so wichtig ist. Aus meiner Sicht liegt der Schlüssel zur Lösung genau an dieser Stelle. Wenn sie herausfinden können, welche positiven Aspekte mit Ihrer Symptomatik verbunden sind, dann können Sie auch überlegen, ob es nicht andere Wege gibt und andere Möglichkeiten als z. B. Symptome zu entwickeln. Wenn sie z. B. etwas Besonderes sein wollen, gibt es zumindest rein theoretisch betrachtet noch eine Menge anderer Möglichkeiten als eine beeindruckende Krankengeschichte.

Wenn es Ihnen gelingen könnte, für alle von Ihnen genannten guten Gründe andere Wege zu finden, dann bräuchten Sie Ihre Symptome nicht mehr.

Klientin: Das klingt gut.

Therapeutin: Für die Therapie könnte dies heißen, dass wir uns zusammen auf die Suche machen und Sie alternative Wege finden, damit Sie die Dinge erreichen können, die Ihnen wichtig sind. Wenn Sie dann neue Möglichkeiten gefunden haben, können Sie prüfen, ob sie aus Ihrer Sicht besser geeignet sind als ihre bisherigen Lösungsversuche. Und wenn ich noch einen Schritt weiter gehen würde, könnte ich Ihnen sogar sagen, dass ich Ihnen nicht raten möchte, irgendein Symptom aufzugeben, bevor Sie nicht eine bessere Lösung gefunden haben. Macht das Sinn für Sie?

Klientin: Vielleicht bin ich doch kein so hoffnungsloser Fall.

Kommentar zu der Suche nach dem subjektiven Sinnzusammenhang der Symptomatik und nach den guten Gründen für die Symptomatik

Die Einbettung der Symptome in einen subjektiven Sinnzusammenhang ist für den therapeutischen Prozess von großer Bedeutung. Solange ein solcher Perspektivenwechsel nicht möglich ist, bleibt die Symptomatik negativ konnotiert und wird weiter pathologisiert. Die Klientin verharrt in einem Zustand der Selbstabwertung und erwartet von der Therapie, dass das Symptom verschwindet, ohne dass sie selbst etwas anders machen muss. Gleichzeitig lässt die Angst vor dem Neuen, dem möglichen Leben ohne Symptomatik, die Befürchtung aufkommen, dass es der Therapeutin gelingen könnte, das Symptom wegzunehmen. So wächst die verständliche Ambivalenz zwischen den beiden Wünschen, das Symptom möge verschwinden und es möge noch eine Weile bleiben. Diese Ambivalenz wird im psychotherapeutischen Kontext oft als Widerstand interpretiert und steht einer Veränderung entgegen.

Aber auch für die Therapeutin erschwert sich in der Regel die therapeutische Tätigkeit, wenn sie an der Pathologisierung ihrer Klientinnen festhält. Je negativer sie die Symptome ihrer Klientinnen sieht, umso stärker ist sie in Versuchung, sie „wegtherapieren“ zu wollen und umso eher entsteht die Situation, dass sie sich Therapieziele setzt, die nicht mit den Zielen der Klientinnen übereinstimmen. Die Stagnation des therapeutischen Prozesses und das Gefühl verlorengangener Professionalität führen dann häufig in Supervision und gegebenenfalls zu der Erkenntnis, dass die Neutralität gegenüber Veränderung bzw. Nichtveränderung verloren gegangen ist.

In Bezug auf mögliche Veränderungen während einer Therapie lässt sich feststellen, dass sich Menschen im Allgemeinen nur sehr schwer in negativ besetzten Kontexten von Gewohntem trennen können. Gelingt es nun im Laufe einer Therapie, die Symptomatik umzudeuten, als Lösungsversuch zu sehen und damit in einen positiven Sinnzusammenhang zu stellen, kann das Muster der Selbstabwertung durchbrochen und das eigene Verhalten wieder wohlwollender betrachtet werden. Paradoxerweise ermöglicht der wertschätzende Blick auf sich selbst zweierlei, sowohl eine Aussöhnung mit der eigenen Geschichte als auch eine einfachere Trennung von „symptomatischen“ Verhaltensweisen.

Der Entwurf der Visionen und die Gestaltung der Zukunft

Therapeutin: Jetzt möchte ich Sie gern zu einem Zeitsprung einladen und mit Ihnen zehn Jahre weiter in die Zukunft gehen. Wie schauen Ihre Visionen aus? Wie werden Sie in zehn Jahren leben?

Klientin: Wenn ich in die Zukunft schaue, sehe ich nur Gruseliges. je schwächer ich mich fühle, desto gruseliger werden die Visionen.

Therapeutin: Ich möchte Ihnen vorschlagen, zwei verschiedene Visionen zu entwerfen. Eine Wunschvision und eine Befürchtungsvision. Fangen wir vielleicht mit der Befürchtungsvision an. Was befürchten Sie?

Klientin: Für mich wäre es das Gruseligste, in einer therapeutischen WG zu landen.

Therapeutin: Was würden Sie da machen?

Klientin: Ich bekäme da meinen Tagesablauf diktiert und dürfte malen und basteln wie im Getto. Ich müsste Tabletten nehmen, die mich stumpf, dumpf, apathisch und fett machen würden (weint).

Therapeutin: Was sagen Ihre Tränen? Was würden die mir antworten, wenn sie sprechen könnten?

Klientin: Dass ich das nicht will.

Therapeutin: Und wie schaut Ihre Wunschvision aus?

An dieser Stelle fällt es der Klientin sehr schwer, sich von der „Schreckensvision“ zu lösen. Sie klagt über Schmerzen im Brustbereich und erzählt von ihrer Kindheit und ihren Eltern. Sie bedauert, dass sie nicht mehr aus ihrem Leben gemacht hat. Dieses Bedauern liege ihr wie ein Druck auf der Brust.

Therapeutin: Ich möchte Sie nochmals zu Ihrer Wunschvision einladen. Wie werden Sie in zehn Jahren leben, wenn die Dinge sich so entwickeln, wie Sie es sich wünschen?

Klientin: Ich achte auf mein Äußeres. Ich will keine ungepflegte alte Frau sein. Mir fällt nichts ein. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.

Therapeutin: Versuchen Sie es doch einmal mit einer positiven Formulierung. Wenn Sie sagen, ich will keine ungepflegte alte Frau sein, dann bleibt das Bild der ungepflegten alten Frau im Raum und hindert Sie daran, an andere Wünsche zu denken. Ich weiß dann immer noch nicht, was Sie machen wollen und wie Sie sein wollen. Was gehört noch zur Wunschvision?

Klientin: Ich möchte einen lebensklugen, liebenswerten, liebenswürdigen und liebevollen Mann.

Therapeutin: Was werden Sie beruflich machen?

Klientin: Am liebsten möchte ich mit meiner Freundin zusammen schicke, tolle Mode für kräftige Frauen entwerfen. Meine Freundin würde das Geld mitbringen und ich die Ideen, aber ich weiß nicht, ob ich die Power dafür habe. Die vielen Tabletten machen mich so müde.

Therapeutin: Gehören die Tabletten zu Ihrer Wunschvision?

Klientin: Ich weiß nicht. Sie machen meine Ängste erträglich, sie nehmen ihnen die Spitze.

Therapeutin: Gehören Ihre Ängste zur Wunschvision?

Klientin: Ich weiß nicht. Ein Arzt hat mir einmal gesagt: „Sie sind eine Borderline, und Sie werden immer eine Borderline bleiben.“

Therapeutin: Und was denken Sie darüber?

Klientin: Ich war wahnsinnig verletzt über die Bemerkung. Und später habe ich mich geärgert. Auf jeden Fall werde ich in zehn Jahren arbeiten und mein eigenes Geld verdienen. Und vielleicht werde ich auch nähen. Das macht mir Spaß. Und ich will meine Leidenschaften ausleben.

Therapeutin: Was sind Ihre Leidenschaften?

Klientin: Musik, Malerei, Stoffe, Muster, Farben, Möbel, Mode und Tanz, dabei vergehe ich innerlich fast.

Therapeutin: Lassen sie uns einmal in die nähere Zukunft schauen. Was würden Sie gerne nach erfolgreichen Gesprächen anders machen?

Klientin: Ich möchte abnehmen, auf mein Normalgewicht kommen. Und ich möchte Nähkurse machen, zur Kraft kommen und meiner Mutter mehr helfen und ihr kleine praktische Dinge abnehmen. Ich würde meine Mutter niemals in ein Altersheim geben.

Therapeutin: Angenommen, wir hätten erfolgreiche Gespräche hinter uns, was würden Sie anders machen Ihrer Mutter gegenüber?

Klientin: Ich würde sie nicht mehr so ernst nehmen. Ich würde mich mehr abgrenzen und dabei innerlich fest bleiben. Und ich würde mich selbst ernster nehmen.

Beispiel 21.2 a/b: Orale und phallisch-ödipale Kollusion

Die beiden Fallbeispiele zweier Paare mit einer oralen bzw. einer phallisch-ödipalen Kollusion verdeutlichen:

- die anfängliche Symbiose und die spätere destruktive Rollenfixierung und Konflikteskalation der jeweiligen Kollusion.

Die Fallbeispiele beziehen sich auf Abschnitt:

- 21.4 Therapie partnerschaftlicher Kollusion

Quelle

Willi, J. (1975). Die Zweierbeziehung.
Reinbek: Rowohlt (S. 102–104 bzw. S. 207–209).
Mit freundlicher Genehmigung.

Eine Frau, die mit einem Sozialarbeiter verheiratet ist, leidet seit drei Jahren an schweren depressiven Verstimmungen, in denen sie mehrmals Suizidversuche unternommen hatte. Die Depressionen begannen im zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt ihres einzigen Kindes, eines Sohnes. Die Frau klagt darüber, der Mann widme sich seither nur diesem Kinde und zeige ihr gegenüber kaum noch irgendwelches Interesse.

Das Paar lernte sich auf einer Party kennen. Die Frau saß fröstelnd im dunklen Garten vor dem festlich erleuchteten Hause und trauerte einer eben zerbrochenen Liebesbeziehung nach. Der Mann trat in den Garten hinaus, sah das arme Geschöpf und legte wie der heilige Martin seine Jacke um ihre Schultern. So kamen sie miteinander ins Gespräch. Die Frau blühte unter seinem tröstlichen Zuspruch rasch auf. Das Partnerverhältnis konstellierte sich von Anfang an zu einer Therapeut-Patienten-Beziehung. Der Mann sah, wie die Frau unter seinen Bemühungen aufstrahlte, worin er einen Selbstwertzuwachs erfuhr.

Der individuelle Hintergrund der Partner: Der Mann stand als Jüngster von zehn Kindern einer ärmlichen Familie zeitlebens unter dem Eindruck, nicht für voll genommen zu werden. Seine Mutter war eine starke, herrische Frau, neben der der Vater wenig zu sagen hatte. Der Mann war sehr an seine Mutter gebunden, die er aber gleichzeitig auch fürchtete. Er hoffte in der Ehe auf Selbstbestätigung und war bestrebt, eine Frau zu finden, die nicht so herrisch wie seine Mutter sein werde.

Die Frau war Älteste von vier Kindern. Ihre Mutter habe in kalter und selbstbezogener Art die Familie tyrannisiert. Als die Frau im vierten Lebensjahr war, wurde ein Bruder nachgeboren, von dem sie sich in den Schatten gestellt fühlte, weil beide Eltern diesen Sohn vergötterten. Die Frau reagierte damals mit Bettnässen, Trotz und vielfältigen Provokationshandlungen, mit denen sie drastische Strafen auf sich zog, aber damit wenigstens Beachtung erwirken konnte. Sie trat mit dem bewußten Wunsch in die Ehe ein, das Zentrum der Aufmerksamkeit ihres Mannes zu bilden und keinesfalls so tyrannisch zu werden wie ihre eigene Mutter.

In der Ehe war die Frau von der dauernden Angst erfüllt, der Mann könnte in seiner pflegerischen Aufmerksamkeit ihr gegenüber nachlassen. Sie schuf stets neue Situationen, die den Mann zwangen, sie zu retten, zu stützen, zu schonen und ihr alles abzunehmen. Sie verlegte sich ganz auf die Rolle der Schwachen und Hilfebedürftigen. Durch die Geburt des ersten Kindes geriet sie in einen schweren Konflikt: Einesteils fühlte sie die Anforderung, ihre Rolle als Mutter zu versehen und damit eine reife Frau zu werden, andernteils verfiel sie aber der Wiederholung ihrer Geschwisterrivalität und war von größter Angst erfüllt, der Mann könnte sich nun mehr dem Knaben als ihr zuwenden. In diesem Zwiespalt verhielt sie sich dem Mann gegenüber immer regressiver, entwickelte Depressionen, vollführte Heulszenen und Suizidversuche, um sich die Aufmerksamkeit und Zuwendung des Mannes zu sichern. Sie wurde in ihren Ansprüchen dem Mann gegenüber immer anmaßender. Der Mann dagegen suchte in der Ehe in erster Linie Selbstbestätigung. Er stand unter dem Ideal, sich für seine Familie zu opfern und in seiner Fähigkeit, Liebe zu spenden, unerschöpflich zu sein. Er verausgabte sich in der Ehe, bis auch er ausgezehrt und depressiv zusammenbrach und dankbar für das Angebot einer Ehepaartherapie war, um damit von den Ansprüchen der Frau entlastet zu werden.

In der Ehepaargruppentherapie bot sich der Mann alsbald als Co-Therapeut und Helfer der ganzen Gruppe an. Einesteils betonte er, daß er von der Frau Selbständigkeit erwarte, andernteils nahm er ihr das Wort immer gleich ab, wenn sie mal Anstalten machte, sich zu äußern. Immer deutlicher wurde spürbar, daß er sie gar nicht aufkommen lassen wollte, ja, daß ihre Beziehung überhaupt nur auf der Ebene Therapeut-Patient funktionierte. Der Mann fühlte sich in seinem Element, wenn die Frau sich hilfeschend an ihn wandte und er im tiefgründigen Gespräch sich als Retter anbieten und bestätigen konnte. Zu Recht spürte die Frau, daß, wenn sie tatsächlich selbständiger würde, ihre Ehebeziehung gefährdet würde. Im Laufe der Behandlung wurde sie dann etwas aggressionsfreier und autonomer, worauf der Mann in eine schwere Depression verfiel und zunehmend gespannt und gereizt wurde. Er fühlte sich aus seinen Mutterfunktionen dem Kind gegenüber herausgedrängt und fürchtete sich vor einer ihm ebenbürtig werdenden Frau. Aber auch die Frau hatte Angst, in der eigenen Autonomie tyrannisch wie ihre Mutter zu werden. Effektiv tyrannisierte sie aber den Mann schon längst mit ihren Szenen von Schwäche und Hilflosigkeit. Allmählich gewannen beide Einsicht in ihre Fehlhaltungen und konnten diese weitgehend abbauen. Es wurde ein zweites Kind nachgeboren, demgegenüber die Frau von Anfang an die Mutterfunktionen erfüllte. Der Mann konnte seine Frau als reifer und autonomer akzeptieren, ohne daß deswegen die Basis ihrer Beziehung zerstört worden wäre.

Die Geliebte als Blitzableiter in phallisch-ödipaler Kollusion

Ein 45jähriger erfolgreicher Geschäftsmann ist seit zwölf Jahren verheiratet. Anlaß zur Ehebehandlung ist eine zweijährige außereheliche Bekanntschaft zu einem 17 Jahre jüngeren Mädchen, das nun auf Heirat drängt. Das Paar erhofft von der Behandlung eine verbesserte Entscheidungsfähigkeit.

Die Frau ist einzige Tochter eines reichen Geschäftsmannes, der zu Hause ein autoritäres Regime führte und zur Patientin eine inzestuös gefärbte Beziehung unterhielt. In der Pubertät überwachte er sie eifersüchtig gegenüber möglichen Liebhabern, drückte sie beim Tanz jeweils fest an sich und küßte sie intensiver, als es üblicherweise den Vätern zusteht. Die Frau trat unberührt in die Ehe ein mit starken Hemmungen sexuellen Beziehungen gegenüber bei gleichzeitig sehr farbigen sexuellen Phantasien. Vor allem spürte sie einen Widerwillen gegen sexuelle Beziehungen im Ehebett. Sie blühte sexuell erst auf, als sie einige Jahre vor der Liebschaft ihres Mannes ein intimes Verhältnis mit einem Werkstudenten hatte. Mit diesem war sie erstmals orgasmusfähig und erlebte die Sexualität als etwas Faszinierendes. Sie versuchte den Mann zur Eifersucht zu provozieren. Doch dieser antwortete auf die Liebschaft mit einem Gegenzug. Er ging nun seinerseits außereheliche Beziehungen ein und reagierte der Frau gegenüber mit Potenzstörungen. Die Frau gab die Liebschaft auf und verlegte sich in der Folge darauf, den Mann wegen seiner Untreue zu verfolgen, um gleichzeitig in der Phantasie an dessen sexuellen Beziehungen zu partizipieren. Damit hatte sie die ödipale Konstellation ihrer Jugend in der Ehe wiederholt. Ähnlich wie sie es beim Verhältnis des Vaters zu dessen Geliebten getan hatte, lebte sie die Sexualität projektiv aus, indem sie sich für die Liebschaft des Mannes mit der Geliebten obszöne Praktiken vorstellte, deren Realisierung sie sich selbst versagen mußte. Sie rächte sich gleichzeitig am Mann – stellvertretend für ihren Vater –, indem sie ihn für eheliche Untreue verfolgte und bestrafte.

Auch der Mann konstellierte in der Ehe die ödipale Situation seiner Jugend wieder. Er hatte eine „kastrierende“ Mutter, eine temperamentvolle, selbstbezogene Südländerin, die ihn verunsichert hatte, indem sie sich ihm bald überschwenglich zugewandt hatte, um sich ohne ersichtlichen Grund wieder von ihm abzuwenden. Sie hatte sein männliches Selbstvertrauen untergraben, indem sie dauernd an ihm herumgenörgelt und ihn in seiner Männlichkeit erniedrigt und kleingehalten hatte.

Dem Mann ging es bei der Eheschließung sehr um seine männliche Selbstbestätigung. Er fühlte sich von seiner Frau angezogen, weil sie selbstbewußt und aggressionsfrei wirkte und ihm in der Auseinandersetzung mit den Eltern den Rücken stärkte. Unter ihrem Einfluß lernte er sich beruflich zu behaupten. Er war dankbar, in der Frau jemanden zu haben, der ihn akzeptierte und bestätigte. Doch im Laufe der Ehe begann sich die Situation seiner Kindheit immer klarer zu wiederholen. Die Frau nahm das gleiche Nörgelverhalten an, das er früher an seiner Mutter erlebt hatte. Er hörte aus allem, was sie sagte, Kritik heraus, spielte sich gekränkt und trotzig auf und begann sexuell zu versagen. Das Verhältnis zur Geliebten diente ihm schließlich dazu, sich an der Frau für deren erniedrigende Kritik an seiner Person zu rächen und mit seiner Potenz aufzutrumphen.

Die Ehekrise gründete also zu einem wesentlichen Teil in einer ödipalen Kollusion. Die Frau konstellierte die Dreiecksituation aus Inzestangst und Rache an ihrem untreuen Vater, der Mann aus Trotz gegen die kastrierende Mutter. Bei beiden wurden in der Ehe die Inzestängste reaktiviert. Für beide waren befriedigende sexuelle Beziehungen nur außerhalb der Ehe vollziehbar. Die Abwehr der

Inzestgefahr wurde nun in der Ehe in der Weise polarisiert, daß der Mann die Rolle des Untreuen, die Frau diejenige der eifersüchtigen Verfolgerin der Untreue einnahm. Beide Rollen waren interdependent. Je mehr die Frau den Mann erniedrigte, kritisierte und mit Vorwürfen wegen seiner Untreue verfolgte, desto mehr fixierte sie ihn in der Trotzreaktion gegen seine Mutter und ließ ihn seine Bestätigung in der Liebschaft suchen. Je mehr andererseits der Mann sich mit der Geliebten einließ, um so mehr sah sich die Frau in der Rolle der frustrierten Dritten und fühlte sich gedrängt, über den untreuen Mann herzufallen und sich an ihm – an ihres Vaters Stelle – zu rächen. Jeder verhielt sich so, daß er dem andern ein Alibi zur neurotischen Fehlhaltung verschaffte. Der Mann konnte sagen: „Ich suche meine Erfüllung bei einer Geliebten, weil du dauernd an mir herum kritisierst.“ Die Frau: „Ich kritisiere dauernd an dir herum, weil du deine Bestätigung bei einer Geliebten suchst.“ Die neurotischen Fehlhaltungen beider Partner bildeten ein regelkreisartig in sich geschlossenes System.

Der Stellenwert, den die Geliebte in ihrer Beziehung innehatte, wurde den Partnern im Laufe der gemeinsamen Therapie bewußt. Das Schlimmste, was im neurotischen Arrangement zweier Partner passieren kann, ist, daß ein Partner plötzlich in seiner Fehlhaltung nachläßt. Als der Mann in einer Phase der Therapie daran dachte, die Geliebte aufzugeben, verfiel die Frau, die verbal diesen Schritt dauernd gefordert hatte, in einen nächtlichen Panikzustand aus Angst, als Gegenleistung zu sexuellen Beziehungen mit dem Mann verpflichtet zu sein. Sie reagierte mit unstillbarem Erbrechen und heftiger Migräne, was sie in der Form noch nie erlebt hatte. Sie verstärkte sofort wieder ihre mißtrauende Verfolgerhaltung und vermochte den Mann damit wieder von seinem Vorhaben abzubringen, die außereheliche Beziehung aufzulösen.

In einer späteren Therapiephase ließ die Frau von ihrer erniedrigenden Krittelsucht ab und äußerte schüchtern, wie sie den Mann trotz seiner Fehler liebe und wie sie im Grunde Bedürfnisse verspüre, sich an ihn anzulehnen und von ihm gehalten zu werden. Der Mann war selbst erstaunt, daß er nun, wo ihm die Frau endlich das ersehnte Entgegenkommen zeigte, mit Widerständen reagierte aus Angst, die Frau könnte damit auch gerade mit Ansprüchen nach sexuellen Beziehungen kommen, bei denen er versagen würde. Er stellte sich deshalb so linkisch und täppisch an, daß die Frau schon bald wieder in ihre frühere Nörgelei zurückfiel.

Die Existenz der Geliebten verhinderte, daß das Paar die Inzestangst direkt austragen mußte, denn dies konnte jetzt über die Geliebte geschehen. Statt daß die Frau sich mit ihrem schon vorbestehenden Ekel vor ehelichen Beziehungen befassen mußte, konnte sie diesen in der Existenz der Geliebten begründen. Statt daß sich der Mann seiner Angst vor sexuellem Versagen zu stellen hatte, konnte er mit seiner außerehelichen Potenz auftrumpfen und seine Frau durch die Geliebte auf Distanz halten. Die Existenz der Geliebten dispensierte also das Paar von der Auseinandersetzung mit dem eigentlichen Ehekonflikt und entlastete beide Partner von der Vorstellung, durch eigenes Versagen zum Ehekonflikt beizutragen.