

## Gisela Eife

### Die individualpsychologische "Behandlungsmethode"

Kommentar der Stundenprotokolle von Fosshage (1990) aus der Sicht der Individualpsychologie.

In: Z. f. Individualpsychol. 32,1 (2007) S. 79-94

---

---

#### *Die individualpsychologische "Behandlungsmethode" 1*

---

---

*1. Einführung von Fosshage mit Angaben zur Anamnese der Patientin 3*

---

---

*2. Eine individualpsychologische Skizze ihres Lebensstils 5*

---

---

*3. Protokolle der Sitzungen 9*

Erstes Sitzungsprotokoll. Mittwoch 9

---

---

Zweites Sitzungsprotokoll. Freitag 17

*Schluss 21*

Literatur 21

**Zusammenfassung:** Mein Beitrag aus einer Fortbildungsreihe zum Vergleich analytischer Richtungen soll zeigen, dass Adlers Grundpositionen eine therapeutische Vorgehensweise nahelegen, die innerhalb der psychoanalytischen Richtungen als eigenständige Behandlungsmethode gelten kann.

Innerhalb einer internen Fortbildungsreihe der Münchner Akademie für Psychoanalyse zu einem Vergleich psychoanalytischer Schulen und Modelle wurde ich eingeladen, als Vertreterin der Individualpsychologie zwei Stundenprotokolle zu kommentieren und mit einer Vertreterin der "Contemporary Freudians" zu diskutieren. Die zwei Stundenprotokolle von Fosshage wurden 1990 in *Psychoanalytic Inquiry* (10) veröffentlicht und bereits damals von Vertretern verschiedener psychoanalytischen Richtungen diskutiert.

In Adlers Aufsatz „Individualpsychologische Behandlung der Neurosen“ (Adler 1913a/1974a) lässt sich der Ansatz einer Behandlungstheorie darstellen (Eife 2005). Wenn ich meinen Beitrag aus der Fortbildungsreihe hier veröffentliche, möchte ich zeigen, dass Adlers Grundpositionen eine therapeutische Vorgehensweise nahelegen, die innerhalb der psychoanalytischen Richtungen als eigenständige Behandlungsmethode gelten kann. Das Thema der Diskussionsreihe von 1990 war: *How theory shapes technique* (Post 1990, S. 600).

Die Individualpsychologie ist ein gutes Beispiel dafür, wie die Theorie die "Behandlungsmethode oder -technik" formt. Der Fokus dieser *Methode* liegt auf den Sicherungstendenzen oder zielgerichteten kompensatorischen Strategien und auf der Entfaltung des Gemeinschaftsgefühls. Entsprechend dem Ausmaß des Erlebens von Bedrohtheit nehmen die Sicherungen zu bis zu dem Extrem, dass die Patientin sich völlig vom Leben und den Mitmenschen abkapselt und nur mit der eigenen Sicherung beschäftigt ist. Wenn sich die Sicherungen tendenziell lockern, kann die Patientin wieder in Beziehung zu den Mitmenschen treten. Anteilnahme und Sorge um Andere weisen auf das sich entfaltende Gemeinschaftsgefühl hin (vgl. „depressive Position“ nach Melanie Klein, Witte 2002, S. 119).

Die Anwendung von Adlers dynamischem Modell und die Untersuchung der individuellen Realisierung führt zu einem differenzierten Verständnis der Lebensbewegung der Patientin. Dieses Verständnis der Therapeutin kann sich atmosphärisch, nonverbal oder in bestimmten Interventionen ausdrücken. Die individuelle Lebensbewegung wird aus der Mitbewegung (Heisterkamp 1996) der Therapeutin heraus möglichst beschreibend und mit nur wenigen Begriffen dargestellt. Ich bin mir bewusst, dass die Anwendung einer *Behandlungsmethode* einem streng individualisierenden Vorgehen widerspricht und eine "Verallgemeinerung" darstellt (Adler 1914h/1974a, S. 23). Eine weiterführende Systematisierung und die Entwicklung einer *Behandlungstechnik* lässt sich mit der Betonung des Individuellen nicht vereinbaren (Eife/Witte 2006, S. 33-60). Bei meinem Kommentar handelt es sich um den Versuch, mein Verstehen einzelner Phänomene der Patientin von Fosshage mit Hilfe von Adlers Ansatz in eine Perspektive zu bringen und dadurch das einigende Band ihrer individuellen Lebensbewegung sichtbar zu machen.

Die psychodynamische Perspektive interpretiert jedes einzelne Phänomen als einen Schritt der Patientin vom Zustand der Bedürftigkeit zu ihrer Idee der Vollendung. Aus diesem Verständnis heraus und aus der therapeutischen Haltung der Gleichwertigkeit ergeben sich mögliche Interventionen. Die Vorgehensweise in jedem Moment der therapeutischen Sitzung hängt davon ab, welches subjektive Erleben der Patientin im Vordergrund zu sein scheint und wie fragil die Patientin eingeschätzt wird. Bei Patienten mit strukturellen Störungen (Rudolf 2004, S. 144-159) wird die Therapeutin aktiver sein (solche Patienten benötigen oft eine sprachliche emotionale und gedankliche Initiative der Therapeutin), während sie sich bei „rein neurotischen“ Störungen auf wenige Interventionen beschränken kann. Die Frage ist, wie fragil ist die Patientin Fosshages? Im Bericht des Analytikers über den bisherigen

analytischen Prozess fällt auf, dass ihr Leiden aus dem Verhalten der Anderen resultiert; es wird dem Außen zugeschrieben und dort bekämpft. Das könnte ein Hinweis sein auf einen mangelnden eigenen psychischen Raum und eine ungenügende Mentalisierung (Fonagy 2002). Auch wirkt der Analytiker in seinen Interventionen sehr vorsichtig; ein Hinweis, wie fragil er die Patientin einschätzt. Dazu kommt, dass aus der Lebensgeschichte der Patientin keine positive Beziehungserfahrung, etwa zu einem Geschwister, Großeltern oder Nachbarin, berichtet wird. Auch dies könnte ein Hinweis auf die Schwere der Erkrankung, auf die Fragilität der Patientin sein. Wird sie als fragil eingeschätzt, dann deutet dies auf eine starke narzisstische Bedürftigkeit und ein Ohnmachtserleben hin, und die Patientin muss sich sichern mit entsprechend starkem Machtwillen, heftigen Affekten von Wut und Hass, oder sie muss sich sichern durch Schwäche. All diese Sicherungen werde ich respektieren, solange die Patientin dies braucht.

Meinen Kommentar gliedere ich, wie auf der Arbeitstagung vorgegeben. Ich bespreche: 1. die Einführung von Fosshage (1990, S. 461, übersetzt von W. Mertens und N. Silberner-Becker) mit Angaben zur Anamnese der Patientin 2. den Entwurf eines individualpsychologischen Lebensstils (dazu wird auch Material aus den Sitzungen verwendet). 3. das Protokoll (ebd., S. 466) der Sitzungen.

### **1. Einführung von Fosshage mit Angaben zur Anamnese der Patientin**

Zu Beginn der Behandlung bei mir war die Patientin 25 Jahre alt, seit einigen Jahren verheiratet und Mutter eines kleinen Sohnes. Sie hatte gerade eine dreijährige Analyse beendet und sie hatte es mit Hilfe ihrer ersten Analytikerin geschafft, etwas Ordnung in ihr Leben zu bringen, indem sie den Gebrauch von Drogen und Alkohol einschränkte und ihr promiskuöses Verhalten reduzierte. Im letzten Jahr der Analyse wurde sie jedoch zunehmend depressiv. Es sei immer mehr zum Problem geworden, dass die Patientin verzweifelt und immer häufiger wissen wollte, ob sie ihrer Analytikerin "etwas bedeute", was diese ihr aber nicht direkt beantwortet habe. Vielmehr gab ihr diese wiederholt zu verstehen, dass eine ausdrückliche Beantwortung dieser Bitte der Patientin nicht helfen würde, wobei sie hinzufügte, dass ihre Patientin ihr dies vermutlich nicht glauben würde. Die Patientin empfand dies als ein Ausweichmanöver. Und sie bezeichnete ihre Analytikerin daraufhin als wandelnde Leiche. Diese Sackgasse in der Behandlung führte schließlich zur Beendigung.

Die Patientin klagte im Erstgespräch über ausgedehnte Perioden der Depression,

Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Trotzdem erschien sie dem Analytiker als emotional zugänglich und beeindruckte ihn als eine intelligente, differenzierte Frau, die eine natürliche Attraktivität ausstrahlte.

Die Patientin wuchs in einer großen Familie mit einem sehr erfolgreichen Vater auf, der jedoch verletzlich war und auf explosive Weise tyrannisch sein konnte, und mit einer religiösen Mutter, die eine paranoide Störung in der Kindheit der Patientin entwickelt hatte. Sie fühlte sich emotional von ihrer Mutter im Stich gelassen, was sich in einer frühen Erinnerung aus ihrem dritten Lebensjahr verdichtete. Drei Tage lang besuchte sie die Mutter nicht im Krankenhaus, in dem die Patientin wegen einer unbekanntes Krankheit eingeliefert worden war. Dies löste bei ihr ein tiefes Misstrauen aus. Sie fühlte sich durch die Bedürftigkeit der Mutter und deren Mit-sich-selbst-beschäftigt-Sein (Selbstversunkenheit) benützt und auch zerstört. Dennoch gelang es der Patientin und ihrer Mutter durch "intensive" psychologische und religiöse Diskussionen zeitweise besser, eine Verbindung zueinander herzustellen.

Wegen dieser massiven Schwierigkeiten wandte sie sich schon bald an den Vater in der Hoffnung, von ihm den erwünschten Kontakt und Anerkennung zu erhalten. Ihr Vater nannte sie seine "Auserwählte" und sprach von ihr mit einem romantischen und sexualisierten Unterton. Die vom Vater geweckte Vorstellung romantischer Besonderheit wurde wiederholt abrupt zerstört, als ihr Vater in der Öffentlichkeit die Bevorzugung seiner Tochter verleugnete und von ihr verlangte, dass ihre Beziehung ein unausgesprochenes Geheimnis zwischen ihnen bleiben sollte. Beispielsweise bat die Patientin, als sie neun Jahre alt war, ihren Vater, Freunden der Familie jenes Foto von ihr zu zeigen, auf dem sie "attraktiv, beinahe wie eine Erwachsene" aussah und das sie unzählige Male in der Brieftasche ihres Vaters gesehen hatte. Dass ihr Vater leugnete, jemals ein solches Foto besessen zu haben, war für sie niederschmetternd und demütigend. Das öffentliche Leugnen ihres Vaters, dass es eine besondere Beziehung zwischen ihnen gab, untergrub ihr Vertrauen in die eigene Wahrnehmung und führte zu einem Sich-Beschämt-Fühlen über ihre eigenen romantischen Gefühle. Bei beiden Eltern hatte sie den Eindruck, dass sie für deren Bedürfnisse und deren egozentrische Liebe verantwortlich sei und dass sie es von ihren Eltern nicht erwarten könne, dass diese auf ihre Bedürfnisse reagieren würden. In ihrer depressiven Verzweiflung wandte sie sich oft an Gott, aber in ihren depressiven Stimmungen hatte sie den Eindruck, dass auch dieser sie nicht beschützen würde.

In der weiten Analyse bei mir stellte sich rasch eine idealisierende Beziehung her, in der es

auch romantische und erotische Fantasien gab. In meiner Gegenübertragung erfuhr ich mich stärker als in anderen Analysen als jemand, dem an der Patientin sehr lag. Wenn es vorkam, dass meine Patientin mich als "nicht liebevoll", sondern lediglich eine Technik anwendend und als ausbeuterisch erlebte, wurde sie rasch immer wieder sehr enttäuscht, wütend und verzweifelt. Wir bemühten uns dann, die Ursachen hierfür zu analysieren. Die Patientin erlebte mich dann in der Regel als zu distanziert oder sie erfuhr, dass ich ihr wohlgesinnt war, als selbstbezogene Liebe und deshalb nach ihrem Dafürhalten als ausbeuterisch.

Durch diese Stärkung ihres Selbstgefühls kam es allmählich zu einem Rückgang ihrer Depressionen. Sie fasste den Entschluss, ein Studium aufzunehmen. Ferner wurde sie sich zunehmend des Mangels an Einfühlung, der Depression sowie des Negativismus seitens ihres Ehemannes bewusst. Die Patientin verstand auch, dass sowohl die "Intensität" wie auch das "romantische" Gefühl, die ursprünglich partiell zur Anpassung an die Bedürfnisse der Mutter bzw. des Vaters dienten, jetzt ebenso einerseits ihre Art der Kontaktaufnahme zum Analytiker war, andererseits aber auch eine sie einschränkende Anpassung, die zur Aufrechterhaltung der Bindung zum Analytiker dienen sollte. Eines Tages wünschte die Patientin von mir eine zusätzliche vierte Stunde, um die Möglichkeit einer "tieferen Verbindung", d.h. einer Verbindung, in der sie sich weniger anpassen müsste, zu erfahren. Die vierte Stunde wurde von mir ermöglicht und kurze Zeit später stellte sich bei der Patientin das Gefühl einer tieferen Verbindung ein. Sie bräuchte auch nicht länger das romantische Gefühl, mich nach der Analyse heiraten zu können. Es sei zwar schade, aber auch o.k.

## **2. Eine individualpsychologische Skizze ihres Lebensstils**

An diesem Bericht erläutere ich das individualpsychologische Konzept:

Die **Grundlinien** des individualpsychologischen psychodynamischen Konzeptes gehen aus von der (**wirklichen oder**) **gefühlten Bedrohung**, dem **Ziel** der Überwindung dieser Bedrohung und den **unbewussten Bewältigungsstrategien**.

Welche Informationen haben wir über die bedrohliche Situation in der Kindheit? Von der Mutter wird berichtet: ihre Religiosität, die Erkrankung an einer paranoiden Störung. Berichtet wird eine traumatische Trennung der Patientin von ihrer Mutter im Alter von drei Jahren, als die Patientin im Krankenhaus war. Der Vater wird als Tyrann und narzisstisch sehr verletzbar beschrieben.

Nach Adler sind die ungünstigen pathogenen Faktoren nicht allein maßgebend für die neurotische Entwicklung, sondern die kindliche Einschätzung dieser Faktoren.

## **Einschätzung der Kindheitssituation**

Die Patientin erlebte eine wohl parasitäre Bedürftigkeit der Mutter und fühlte sich dadurch benützt, ihrer Lebendigkeit beraubt. *Nach Adler wird die Traumatisierung unbewusst in der kindlichen Psyche verstärkt.* Diese Verstärkung und Verdichtung dient dazu, nie wieder einem solchen traumatischen Geschehen ausgeliefert zu sein. Aus dem Text ist zu entnehmen, dass das Kind sich bei beiden Eltern „für deren Bedürfnisse und deren egozentrische Liebe verantwortlich“ machte; dies impliziert unbewusste Schuldgefühle.

Zum Vater hatte die Patientin eine komplizierte verführerische Beziehung. Sie kam sich letztlich bei ihm für seine narzisstischen Bedürfnisse ausgebeutet vor. Andererseits stellte für sie die besondere Verbindung zu ihm wahrscheinlich das einzig Lebendige und Gute im Leben dar, bis er diese verriet. Die Auserwählte oder in der ödipalen Situation die bessere Frau des narzisstischen Vaters zu sein, braucht als illusionäres Ziel eine fortwährende Bestätigung und ist ständig vom Zurückfallen in die negative Mutterwelt bedroht. Die Leugnung des Vaters zerbrach die Idealisierung, mit der die Patientin ihr Selbst stabilisierte. Der Absturz könnte wie eine Selbst-Fragmentierung erlebt worden sein.

Ich fasse zusammen: Die primären Beziehungserfahrungen der Patientin sind: 1. In einer Beziehung wird man von der überwältigenden Bedürftigkeit des Anderen seiner Vitalität beraubt und im Stich gelassen. 2. In einer anderen Beziehungsform wird man vom anderen Menschen idealisiert, dabei narzisstisch benutzt und verraten. Bei diesen internalisierten Beziehungsmustern kann die Patientin sich auf jeder Seite einer solchen dyadischen Beziehung vorfinden. Das heißt, all diese seelischen Zustände sind wahrscheinlich in ihrer inneren Welt enthalten.

## **Ziel**

Aus dem Erleben der Patientin (von Ohnmacht und Ausgeliefertsein) in der frühen Kindheit kann man auf das Ziel der Überwindung schließen. Es stellt die Fiktion einer Persönlichkeitsorganisation dar, in der die Patientin nie wieder solchen Erlebnissen ausgeliefert wäre. Adlers Ziel lässt sich verstehen als unbewusste Phantasie eines Zustandes von Macht und Kontrolle und sichert vor dem Auftauchen des Erlebens des minderwertigen Selbstgefühls.

## **Überwindungs- oder Bewältigungsstrategien**

Wie erreicht die Patientin dieses Ziel? Hier setzt Adlers Konzept der Kompensation ein. Welche unbewussten kompensatorischen Strategien fand sie, um die traumatischen Situationen zu bewältigen? Folgende unbewusste Bewältigungsmuster – Adler nannte sie

Sicherungstendenzen – sind aus den Protokollen der Sitzungen erkennbar:

1. Die erste Sicherungstendenz besteht darin, das Leiden der Mutter, ihre Leblosigkeit zu mildern, indem die Patientin ihr die eigene Vitalität anbietet. Dadurch versucht die Patientin, sich die Mutter zu erhalten. Im Traum, der in der zweiten Sitzung berichtet wird, sagt die Patientin von B's Vater: Ich konnte nichts tun, um seine Schmerzen zu lindern. Hier kann man rückschließen, dass die Patientin versucht hat, das Leid der Mutter zu lindern.

2. Eine zweite Sicherungstendenz besteht im Sich-Einhüllen in Schlaf, in eine Selbstversunkenheit, wohl um den eigenen Schmerz der mangelnden Beziehung und das überwältigende Leiden des Anderen nicht mehr so zu spüren. Im Traum von der Gruft versinkt die Schwester der Patientin neben dem Leidenden in einen tiefen Schlaf. Das „Schlafen“ steht wohl für einen eingeschränkten Bewusstseinszustand, in dem nichts an sie herankommt, sie mit-sich-selbst ist, genauso leblos wie Mutter. Es könnte sein, dass die Patientin solche Zustände von Selbstversunkenheit kennt, sich dabei isoliert und wie tot fühlt und umso mehr der Lebendigkeit einer liebevollen Zuwendung bedarf.

3. Eine weitere Sicherungstendenz besteht in einer unbewussten aktiven Abwendung. Diese Strategie ist in der Kindheitserinnerung enthalten. Als die Mutter nach drei Tagen die Patientin im Krankenhaus besucht, erkennt die Patientin die Mutter zunächst nicht. Darin könnte eine aktive Abwendung (aufgrund unbewusster negativer Affekte) enthalten sein.

4. Eine weitere Sicherungstendenz besteht im „Auseinandernehmen des Anderen“ mit Hass, Verachtung und zerstörerischen Tendenzen. Diese Strategie ist in der Beziehung zum Ehemann der Patientin erkennbar. Es ist zu vermuten, dass die Patientin, ähnlich wie in der Beziehung zum Analytiker, ganz viel in die Beziehung investierte bis zur Heirat; dann kann sie den Ehemann nicht mehr ertragen, nimmt ihn auseinander, verachtet ihn. Dies lässt einerseits an Verrat denken: In der Identifikation mit dem Vater fügt die Patientin dem Ehemann dasselbe zu, nämlich den Verrat einer liebevollen Beziehung, wie die Patientin es selbst am eigenen Leib von beiden Eltern erfahren hat, von der Mutter, als die Mutter sie nicht in der Klinik besuchte, vom Vater, als er sie verleugnete. Andererseits könnte es auch sein, dass die Patientin den Ehemann als bedürftig erlebt hat, dass ihr vorkam, als hätte er ihre Lebensenergie ausgesaugt, solange sie die ganze Energie in die Beziehung investierte. Seine Bedürftigkeit wehrt sie mit Verachtung ab.

5. Eine weitere Sicherungstendenz besteht in der Idealisierung des Anderen (in der Beziehung zum Vater). Bei der Mutter konnte die Patientin keine positive weibliche Identifikation entwickeln. Mit der Hinwendung zum Vater löst sie sich vom Leiden der Mutter und dem

eigenen Leiden, das bedeutet, sie hofft auf Erlösung. Und diese Erlösung suchte sie in der idealisierenden Beziehung zum Vater. Die Idealisierung bleibt eine wesentliche Bewältigungsstrategie der Patientin, die auch die Beziehung zum Analytiker kennzeichnet. Immer wieder spricht die Patientin von der Möglichkeit der Idealisierung, so als sei die romantische beidseitige Überhöhung ein Ausweg für sie, vielleicht ein Zeichen von Lebendigsein.

6. Weitere Sicherungstendenzen waren in der Vorgeschichte: Drogen, Alkohol und promiskuöses Verhalten.

All diese Bewältigungsstrategien sollen der Patientin helfen, zum Ziel der Überwindung zu gelangen. Dabei ist der Patientin das Erleben dieser Sicherungstendenzen durchaus bewusst, sie erkennt es nur nicht in der Funktion als Sicherungstendenz.

Diese Sicherungstendenzen setzen voraus, dass die Patientin selektiv und überaus wachsam, ja misstrauisch, jede missbrauchende Bedürftigkeit oder Spuren von Bedürftigkeit und Verrat in ihrer Umgebung wahrnimmt, damit sie diese mit Macht und zerstörerischer Energie bekämpfen kann. Diese selektive Wahrnehmung nennt Adler tendenziöse Apperzeption. Die Patientin sucht also in der Therapie nicht nur nach einer liebevollen Beziehung, sondern sie hält Ausschau nach Anzeichen von Täuschung und Verrat, damit sie nicht wieder für die eigenen Bedürfnisse des Analytikers benützt und ausgebeutet wird. Darüber hinaus inszeniert die Patientin in den Übertragungen immer wieder frühere Beziehungserfahrungen, weil sie ihr vertraut sind und starke pathogene Bindungen bestätigen. Durch all diese Sicherungen besteht die Gefahr, dass die Patientin glückende Beziehungen verhindert und dadurch den eigenen Mangel perpetuiert.

Ich möchte von meiner ersten Reaktion beim Lesen des Protokolls, meiner Gegenübertragung, berichten. Das Insistieren der Patientin, die erste Analytikerin solle ihr sagen, ob sie ihr etwas bedeute, kam mir zwingend mächtig vor. Die Aussage der Patientin, sie habe ihren Ehemann nach der Hochzeit auseinander genommen und nicht wieder zusammengebaut, löste in mir Wut aus, wie wenn ich mich gegen eine ungeheure willkürliche Macht wehren müsste, um nicht unterzugehen. Was haben meine Gefühle mit der Patientin zu tun? Nach Adler ist der Wille zur Macht Ausdruck gerade des Ohnmächtigen, der sein Überleben sichern will. So gesehen würde die Patientin nach einer Position der Stärke streben, um ihre traumatische Ausgangslage zu überwinden und sich davor zu schützen, jemals wieder in eine solche Lage zu kommen. Die Position der Macht wäre die eigene

unbewusste Schöpfung der Patientin. So weit meine erste Gegenübertragungsreaktion. Als ich mich dann in das Protokoll vertiefte und versuchte, die Lebensbewegung der Patientin nachzuvollziehen, ihre kindliche Notsituation, ihr Ziel der Überwindung dieser Notsituation, spürte ich keine negativen Gefühle mehr, sondern konnte ihr Gefühl des ohnmächtigen Ausgeliefertseins im Elternhaus ahnen. Meine Gefühlsreaktionen spiegeln die Dynamik des menschlichen Lebens, wie Alfred Adler es sah, und die individuelle Spannbreite von Ohnmacht und Macht. Dabei müssen die Bedürftigkeit der Patientin und ihr Ziel, diese Bedürftigkeit mit bestimmten kompensatorischen Strategien zu überwinden, zusammengedacht werden; ebenso die mit beiden Befindlichkeiten verbundenen Gefühle, auf der einen Seite das Gefühl von Ohnmacht und Wertlosigkeit, auf der anderen Seite das Gefühl der Macht und Kontrolle. Auch die Patientin oszilliert in ihrem Erleben zwischen diesen beiden Polen; sie wirkt manchmal mächtig, manchmal bedürftig. Es handelt sich also um zwei gegensätzliche Aspekte der Patientin: 1. die fordernden, ausbeutenden und mächtigen Tendenzen, die dazu dienen, sich vor 2. den Aspekten der eigenen Leblosigkeit, dem Ausgelaugt- und Ausgebeutet sein zu schützen. Die mächtigen Tendenzen helfen der Patientin, sich nicht mehr als passives Opfer, sondern als aktiv handelnd zu erleben.

### **3. Protokolle der Sitzungen**

#### **Erstes Sitzungsprotokoll. Mittwoch**

- P Ich mag die zusätzliche Sitzung nicht (wirkt niedergeschlagen).
- A Nein?
- P Ich bin mir nicht sicher. Es bringt zuhause alle möglichen Probleme mit sich.
- A Mit Ihrem Sohn?
- P Nein, das nicht. Meine Mutter .... das ist nicht der Grund, warum ich nicht kommen möchte. Sie fragten letzte Woche, warum ich ambivalent sei, und ich wusste nicht, warum, aber ich glaube, es strengt mich zu sehr an, Material zu produzieren. Es macht mich ärgerlich. Ich glaube, ich kann nicht genug produzieren; das ist das Problem.
- A Sie haben den Eindruck, Sie müssten hier Material produzieren, was sich mit Ihrer Freiheit, einfach hier zu sein, nicht verträgt?
- P Ja, ich weiß, es gab Tage, da konnte ich das einfach, und ich hatte auch viel davon, aber jetzt ist es sehr schwierig. Der Grund, warum es schwierig ist, und ich möchte niemanden beschuldigen, aber (P. erklärt nun komplizierte und frustrierende finanzielle Schwierigkeiten, die ihren Mann und ihre Eltern betreffen) ... ich glaube, es

gibt einen wirklichen Unterschied mit der zusätzlichen Sitzung, und meine eigene Erfahrung sagt mir das. Ich denke, dass es mich genügend kränkt, dass ich hier sein muss auf eine Weise, die ich anderswo vermeiden würde. Ich denke, das Problem ist ... Ich habe vorhin gesagt ... Ich denke nicht, dass es damit zu tun hat, dass ich hier nicht genügend sein kann, oder dass Sie zu viel von mir verlangen, oder dass, wenn ich nicht genügend Material habe, Sie mich nicht mehr mögen - das ist nicht das Problem.

A Das ist nicht das Problem. Worin könnte es dann bestehen?

P Dass ich Sie nicht mehr mögen könnte.

A Ah ja! Wenn Sie mich zu viel sehen?

P Mhm. Ich weiß nicht ... es scheint, dass ... Ich weiß, dass ich negative Gefühle über Sie hatte. Ich habe es unterdrückt, mir das genauer vorzustellen, aber je mehr ich spüre, dass ich hier öfters kommen möchte, desto kritischer werden meine Gefühle Ihnen gegenüber.

A Mhm.

P Und heute war es so beim Kommen, dass ich keine Lust hatte, Sie zu sehen.

A Mhm.

P Es ist nicht so, dass ich Sie nicht sehen möchte, oder dass ich denke, dass Sie mich nicht sehen wollen. Ich fühle mich negativ und kritisch, dass ich Sie nicht sehen möchte. Ich denke, dass ich irgendwo ein Interesse daran habe, Sie in einer herausgehobenen, aufregenden Position zu sehen ... Ich denke, alles, was ich jetzt sage, ist nicht das Gefühl, dass ich nicht genügend bin ... ich denke, Sie haben mich davon überzeugt während der letzten Jahre, dass man mich schon mögen kann, und ich erlebe das auch und auch oft. Es mag sich jetzt schrecklich anhören, aber es ist mir jetzt irgendwo gleichgültig geworden, ob Sie mich mögen oder nicht. Ich denke, ich kann das sagen, gerade weil ich mich als liebenswert empfinde. Ich kann das auch anerkennen, dass Sie mich dahin gebracht haben, wo es mich weniger kümmert. Ich sage dies deshalb noch einmal, um zu unterstreichen, dass das es nicht ist, was ich möchte.

A Also im Augenblick hat mein Sie-Mögen keine Priorität.

P Ich glaube schon, dass sie mich mögen.

A Weil Sie spüren, dass ich Sie schätze, brauchen Sie sich darum nicht zu kümmern, was auch befreiend ist für Sie.

P Ja, so ist es.

A Sie sagten, Sie hatten ein Interesse daran, mich zu erhöhen? Wie würden Sie dieses Interesse verstehen?

P Ich bin mir nicht sicher .... ich weiß, als ich zu Ihnen am Freitag sagte, dass ich mich sehr entspannt fühle, wenn ich an Sie denke und dass ich nicht fand, dass ich mich in intensive, ganz stark gefühlshafte Phantasien hineinsteigern müsse. Aber ich sagte Ihnen auch, dass ich nicht weiß, was ich mit diesem sehr entspannten guten Gefühl tun soll .... (Pause).

A Also offensichtlich, wenn Sie sich entspannt und gemocht fühlen, was sich ein bisschen neu und noch wenig vertraut anfühlt, dann gibt es keinen Grund, mich in Ihren Phantasien zu erhöhen.

P Ja.

**Mein Kommentar:** Der Analytiker greift aus komplexen Gefühlen die positiven heraus. Er deutet das „Gleichgültigwordensein“ als befreiend. Er greift nicht die Worte der Patientin auf: „keine Lust zu kommen“ oder „kritisch und negativ sein“, sondern er sagt, wie befreiend es für die Patientin wohl ist, sich nicht mehr um das Gemochtwerden kümmern zu müssen. Kurze Zeit später berichtet die Patientin vom entspannten guten Gefühl, wenn sie an den Analytiker denkt, und dass dies neu sei. Ich glaube, dass dieses gute Gefühl Ausdruck der für die Patientin neuen positiven Beziehungserfahrung ist und von der therapeutischen Vorgehensweise begünstigt worden ist.

Es handelt sich um zwei Zustände: das Sich-Hineinsteigern in idealisierende Phantasien und ein neues entspanntes Gefühl der Patientin. Diese zwei Zustände sind zu unterscheiden.

Die Idealisierung der Patientin hat nach Adler eine spezielle Psychodynamik. Sie wird als Sicherungstendenz gesehen: Die Patientin sichert sich mit Hilfe ihrer idealisierenden Phantasie einer Liebesbeziehung zum Analytiker davor, verraten und verlassen zu werden, oder davor, den entsprechenden Affekt, nämlich ihr Erleben von Bedürftigkeit, zu spüren. Um dies zu verhindern, bemüht sie sich, eine gute Beziehung zu schaffen und dadurch ihr Selbstgefühl zu stärken. Nun gibt es Anzeichen, dass die Idealisierung sich auflöst in ein entspanntes gutes Gefühl. Diesen Übergang vom Zustand der Idealisierung zu einem Zustand der Gelassenheit sehe ich in den zwei erwähnten Zuständen der Patientin. Das Sich-Hineinsteigern in idealisierende Phantasien kann aufgegeben werden. Es löst sich auf in einem neuen entspannten Gefühl, wenn die Patientin an den Analytiker denkt. Insofern führte das Vorgehen des Analytikers zu wesentlichen Verhaltensveränderungen und zu einem

subjektiven Gefühl der Besserung, des Liebenswertseins.

A Aber Sie sagten auch, dass Sie kritische Gefühle haben über mich. Wie sind die?

P Jetzt im Augenblick?

A Ja.

P Jetzt im Augenblick spüre ich die nicht. Am Freitag hatte ich diese Gedanken.

A Am Freitag hatten Sie diese kritischen Gefühle?

P Ich möchte nicht Ihre Gefühle verletzen.

A Ja.

P Aber ich spürte kritische Gedanken angesichts von Dingen, die ich nicht mag...(Pause)

A Sie machen sich Sorgen darüber, dass Sie meine Gefühle verletzen könnten.

P Mhm.

A Und was würde dann passieren?

P Ich mache mir Gedanken über Sie, ich möchte Sie nicht verletzen.

A Mhm. Aber wie, glauben Sie, würde ich darauf reagieren?

P. Ich denke, dass Sie dann verletzt wären.

A Aha. Und Sie wollen mich nicht verletzen.

P Nein, weil es auch sehr persönlich ist. Ich habe es oft genug mit B (dem Ehemann der Patientin) gemacht. Kurze Zeit, nachdem wir geheiratet hatten, konnte ich ihn nicht mehr ertragen. Ich begann, ihn auseinander zu nehmen, Ich glaube nicht, dass ich ihn jemals wieder aufgebaut habe.

A Und Sie haben ihm dies direkt gesagt?

P Nein.

A Aber gedacht?

P Ja, und ich glaube, ein Teil unseres sexuellen Problems geht darauf zurück, dass ich ihn nie wieder innerlich aufgebaut habe. Es gibt Dinge, die ich an ihm verachte ... Nein, ich hab es ihm nie direkt gesagt, weil es zu verletzend wäre und ich mich dabei schrecklich fühlen würde.

A Haben Sie eine Idee, warum es zu diesem Wechsel zu diesen kritischen Gedanken bei Ihnen gekommen ist?

P Über Sie oder bei ...

A In Bezug auf mich ... oder bei B, ist egal.

P Ich bleib bei Ihnen ... Ich glaube, es kam, als mir klar wurde, dass Sie sich um mich kümmern, und ich denke, damit fing es an.

- A Die negativen Gefühle über mich?
- P Ja, ich denke schon.
- A Wie passen diese beiden Gefühle zusammen?
- P Ich glaube, das hat mit meinem Bedürfnis, Sie zu idealisieren, zu tun. Ich denke, so lange, wie ich nicht wusste, ob Sie mich mögen, musste ich ... ich denke, ich musste viel Energie darauf verwenden, mir vorzustellen, dass Sie mich mögen. Und meistens stellte ich mir vor, dass Sie es heimlich doch taten. Aber ... ich denke, dass ich vorher, bevor ich daran glauben konnte, dass Sie mich mögen, das ganze Gewicht der Beziehung tragen musste. Und ich denke ... ich weiß nicht... es fällt mir schwer, darüber zu sprechen; ich versuche ... ich habe versucht, eine Zeitlang darüber zu reden, weil ich denke, dass ... die Energie, die ich aufgebracht habe, um Sie zu idealisieren ... So lange, wie ich die ganze Arbeit tat, haben Sie über die beiden Möglichkeiten der Beziehungsaufnahme (die romantische und die intensive) in Bezug auf meine Eltern gesprochen ... so lange wie ich mit diesen beiden Beziehungen beschäftigt war ... ich weiß nicht ... (fühlt sich verwirrt)
- A Solange Sie wissen, dass ich Sie mag, befreit es Sie offensichtlich davon, sich deswegen Sorgen zu machen und mich idealisieren zu müssen; anschließend werden Sie kritisch.
- P Ja, ich denke, diese Dinge über Sie sind ... (zögernd)
- A Ich verstehe, dass Sie mich nicht verletzen wollen, aber riskieren wir es doch!
- P Ich mag das Auto nicht, das in Ihrer Garageneinfahrt steht. Ich fuhr am Freitag hierher und hatte ein so gutes Gefühl in Bezug auf Sie, aber sobald ich hier parkte, sah ich einen Cadillac hier stehen. Ich hasse Cadillacs, ich hasse diese Autos (mit großer Heftigkeit).
- A Warum?
- P Ich mag Ihr anderes Auto, aber ich hasse Cadillacs. Ist es Ihr Auto? (deutlich beunruhigt und zunehmend lautere Stimme). Es ist nicht das Auto von Ihrem Nachbarn. Vielleicht das Auto Ihres Steuerberaters? Es ist Ihr Auto, oder? Ich kann es nicht ertragen. Es ist wahrscheinlich ein neues Auto, und ich habe es vorher noch nie gesehen. Ich hasse es.
- A Was bedeutet ein Cadillac für Sie?
- P Es ist ein Auto für ältere Menschen. Es ist die Marke von Autos für mich, die jemand fährt, der sehr untätig ist, es ist zu luxuriös. Ich mag Ihr anderes Auto, das ich gesehen

habe. Wenn es schneite, fuhren Sie vor, das war toll. Sie passen zu diesem Auto. Es war sicherlich auch ein teures Auto, aber ich habe kein Problem mit dem Auto.

A Und Sie haben den Eindruck, ich verkaufte dieses Auto und kaufte mir dann den Cadillac.

P Nein. Dass Sie noch ein anderes Auto kauften. Das war zu viel.

**Mein Kommentar:** Das Kritischsein der Patientin und die negativen Gefühle lassen sich auf vier Ebenen verstehen.

1. Die Sicherungstendenz, den Anderen auseinander zu nehmen, schützt davor, selbst auseinander genommen zu werden. Es besteht die Gefahr, dass die Patientin dem Analytiker dasselbe zufügt, nämlich den Verrat einer (liebvollen) Beziehung, wie sie es selbst am eigenen Leib von beiden Eltern erfahren hat, vom Vater, als er sie verleugnete, von der Mutter, als die Mutter sie nicht in der Klinik besuchte. Man könnte sagen, dass die Patientin einem Lebensplan folgt, der von pathogenen Überzeugungen gespeist wird. Adler geht noch einen Schritt weiter: Die Patientin sucht den Punkt jenseits ihres ohnmächtigen Ausgeliefertseins; der unbewusste Entwurf ihres Selbst zielt darauf, nie wieder so ausgeliefert zu sein. Dies geht auch über eine gelungene Autorschaft über das eigene Leben noch hinaus; Strenger (2005) nennt es das Design des eigenen Selbst, Adler nennt es Persönlichkeitsideal oder fiktives Ziel der Überlegenheit.

2. Das Kritischsein ist Ausdruck von Hass, Ekel und Verachtung als sichernde Gefühle der Abgrenzung vor einer überwältigenden, parasitären Bedürftigkeit (vor der Mutter-Übertragung). Die Patientin sucht Hinweise dafür, dass der Analytiker alt, verletzbar, bedürftig ist. Diese Anzeichen findet sie im Cadillac und im Sweater, die sie nicht ausstehen kann und verachtet. Die Patientin hat Angst, mit ihrer Kritik den Analytiker zu verletzen. Hat sie vielleicht unbewusst Angst vor den eigenen zerstörerischen Impulsen, Angst davor, die therapeutische Beziehung scheitern zu lassen, indem sie den Analytiker hassen, verachten und dadurch zerstören will?

3. Die negativen Gefühle können als „Rückkehr“ in die vertraute (pathogene) Bindung gedeutet werden und einen unbewussten Wunsch repräsentieren. Veränderungen lösen Unsicherheit aus; Sicherheit bieten die früheren vertrauten Beziehungsmuster. Mit dem neuen entspannten Gefühl gegenüber dem Analytiker kann die Patientin nichts anfangen. Wenn das neue entspannte Gefühl die Ahnung davon wäre, die liebevollen Gefühle des anderen Menschen als Geschenk zu empfangen, dann greifen die bisherigen Beziehungsstrategien der Patientin nicht mehr, sie kann dann diese Beziehung nicht kontrollieren. Auch hat die

Patientin bereits durch das Tonband-Projekt den Analytiker als bedürftig wahrgenommen. Dies könnte in der Patientin den Wunsch nach den vertrauten früheren Beziehungen geweckt haben, in denen sie zwar den Analytiker verachten muss, um die parasitäre Bedürftigkeit abzuwehren, aber ihn, da er bedürftig ist, nie verlieren wird.

4. Der Ausdruck eines gestärkten Selbstgefühls und eines größeren Vertrauens in die therapeutische Beziehung ist die vierte Möglichkeit, das Kritischsein der Patientin zu verstehen. Es handelt sich um einen Ausdruck von Gemeinschaftsgefühl nach Adler. Jetzt kann die Patientin riskieren, ihre tiefen negativen Beziehungserfahrungen zu verbalisieren. Sie darf ihrem verständlichen Misstrauen Ausdruck verleihen, ob der Analytiker sich auch als schwach und bedürftig herausstellt.

A Und Ihre Vorstellung von mir war ...

P Dass Sie allmählich alt werden, dass Sie zu viel Geld haben und dass Sie nicht wissen, was Sie damit tun sollen und ... und dass Sie jetzt zum typischen, etablierten Analytiker werden. Ist es Ihr Auto? Sagen Sie es mir. Sie wollen es mir nicht sagen (mit steigender Tonlage und zunehmend erbittert).

A Es war nicht mein Auto (ich hatte den Eindruck, wenn ich nicht geantwortet hätte, was mehr dem analytischen Standardverfahren entsprochen hätte, dann hätte mich die Patientin als mich nicht um sie sorgend, als unauthentisch und „technisch“ wahrgenommen, was einen unnötigen Stillstand erzeugt hätte anstatt den analytischen Prozess zu fördern).

**Mein Kommentar:** Ich nehme an, dass der Analytiker den Wunsch der Patientin nach einer Antwort respektierte und erfüllte, um die Patientin in ihrem noch fragilen Selbstgefühl und ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken. Was ist mein Verständnis der Situation? Wozu dient die Forderung der Patientin nach einer Antwort? Hier geht es nicht nur um die Befriedigung eines Grundbedürfnisses (nach Beachtung und Gleichwertigkeit), sondern um einen Machtkampf. Wozu wird dieser Machtkampf geführt: Geht es um das Ausleben von triebhaften Aggressionen oder geht es darum, dass mit dieser mächtigen Geste eine fiktive Ohnmacht und Bedürftigkeit abgewehrt wird? Die Patientin will in mächtiger, zwingender Weise eine Antwort, wie wahrscheinlich schon bei der ersten Analytikerin. Mit meinem Nachgeben respektiere ich, dass die Patientin sich noch mit Macht vor der fiktiven Bedürftigkeit sichern muss; zugleich respektiere ich die Patientin als Person und versuche, das reale Machtverhältnis in der Therapie zu mildern.

P Es war nicht Ihr Auto? Ich bin jetzt sehr erleichtert. Ich bin auch froh darüber, dass Sie

- es mir gesagt haben (P klingt sehr erleichtert).
- A Eine einstweilige Gnadenfrist (wir beide lachen).
- P Ich bin froh.
- A Aber noch wichtiger: Sie haben sehr starke Affekte gegen Cadillac und Sie schienen sehr stark enttäuscht über mich zu sein.
- P Ja.
- A Und die Enttäuschung war sehr heftig, als Ihre Sicht von mir sich veränderte.
- P Ich kenne Sie nicht sehr gut. Wirklich nicht. Ein Teil von dem, was hier geschieht ... wegen der Form, in der wir hier miteinander sprechen, kann ich Sie nicht sehr gut kennenlernen, aber ... ich denke, wenn ich beginne, Sie weniger zu idealisieren, werden Sie für mich zugänglicher oder ich bin bereiter, gewisse Dinge an Ihnen zu bemerken, inklusive solcher Dinge, die ich nicht ausstehen kann... Und Sie hatten etwas Bestimmtes an ...
- A Ein bestimmtes Kleidungsstück?
- P (zögernd) ich sage nicht ... (lebhafter) Sie hatten ein Kleidungsstück an, das ich schrecklich finde. Ich mag Ihre Pullover (lachend). Ich freue mich immer auf den Winter, weil ich dann Ihre Pullover sehen kann. Das war jetzt eine Übertreibung.
- A Welcher Pullover war es?
- P Ich bin eine schreckliche Person. Sie haben sonst nur Pullover, aber das war eine Strickjacke.
- A Was meinen Sie damit?
- P Sie ließ Sie alt aussehen. Sie ließ Sie so aussehen, als passte zu Ihnen ein Cadillac.
- A Aha.
- P Und ich habe ein Interesse daran, dass Sie jung aussehen.
- A Wie kommt das?
- P Ich habe nicht die geringste Idee (in spaßigem Ton und lachend). Gut ... Ich glaube, dass ich eine Menge gewinne ... ich habe, ich kriege es nicht richtig zu fassen, aber ich glaube, ich konnte eine Menge Energie daraus gewinnen, Sie zu mögen und an Sie zu denken und Phantasien darüber zu haben, Sie zu heiraten. Und wenn sich nun plötzlich herausstellt, dass Sie ein alter Mann sind, der einen Cadillac fährt, dann geht diese ganze Energie verloren. Ich weiß, wir werden Freunde bleiben und dass ich Ihnen wichtig bin; aber etwas geht mir verloren.
- A Und es klingt nach einem sehr plötzlichen Verlust. Die Enttäuschung beruht darauf,

mich als einen alten und unerreichbaren Mann zu sehen, was Sie all Ihrer Energie beraubt.

P Ja.

A Und das fühlt sich ähnlich an wie die Enttäuschung mit B.

P Genau.

A Ich habe das Gefühl, dass Sie noch andere Gedanken dazu haben.

P Ja. Aber ich habe doch schon ein paar gute geäußert.

A Bis Freitag.

P Okay.

**Mein Kommentar:** Die Patientin gewann Energie daraus, den Analytiker zu mögen und an ihn zu denken – seine Auserwählte, die Auserwählte des Vaters und auf einer tieferen Ebene wahrscheinlich auch der Mutter zu sein. Wenn sich nun der Analytiker als anders herausstellt, ist die Patientin mit ihrem idealisierenden Streben gescheitert und ihre Energie, die sie in die Bemühung gesteckt hat, ist verloren. Sie ist der toten Mutterwelt und ihrem negativen Selbsterleben ausgeliefert. Der Traum in der folgenden Sitzung bestätigt die beginnende Mutter-Übertragung auf den Analytiker.

### **Zweites Sitzungsprotokoll. Freitag**

P Ich hatte letzte Nacht einen sehr beunruhigenden Traum (ihre Stimme ist sehr aufgeregt). Meine Familie wurde wegen einer Krise zusammengerufen. B's Vater war gestorben und alle sollten kommen und bei ihm wachen - das war die Krise. Ich musste eine ziemliche Strecke zu seiner Gruft, wo er aufgebahrt war, zurücklegen. Ich trat ein, da lag B's Vater. Auf dem Stein daneben S (die jüngere Schwester der Patientin) in einem totenähnlichen Schlaf. Sie hatte den Auftrag, am Totenbett zu wachen. Sie sah kalt und grau aus, totenstarr, aber sie lebte. Sie befand sich in einem tiefen Schlaf seit drei Tagen. Sie war zuerst am Ort des Geschehens. Auf der anderen Seite lag D, ein Freund von S und mir, ebenfalls in einem totenähnlichen Schlaf. Ich näherte mich und sah, dass B's Vater tot war, aber gleichzeitig auch belebt von einem entsetzlichen Schmerz. Er sagte: „Der Tod ist so schmerzvoll, voller Schmerz und Leiden.“ Ich nahm ihn hoch und versuchte, ihn zu wiegen und zu trösten ... aber er war untröstlich. Ich merkte, dass das ewig so anhalten würde. Er würde nicht sterben und ich konnte nichts tun, um seine Schmerzen zu lindern - ein schreckliches Gefühl. Es war absolut hoffnungslos, und ich konnte nichts dagegen tun. Ich gab auf - eine unmögliche Situation. Ich legte seinen Kopf zurück auf den Stein. Ich wusste, ich

musste gehen.

Es ist mir wichtig, Sie weiterhin idealisieren zu können. Als Sie über das Projekt sprachen, kamen Sie mir bedürftig vor. Ihre Stimme war bewegt. Sie baten mich um etwas. Sie schienen verletztlich und menschlich. Es war am Mittwoch. Als ich Ihnen sagte, dass Sie nicht antworten müssen, wenn Sie nicht wollen, hatte ich den Eindruck, Sie wären verletzt (es handelt sich um die Mittwochstunde und es ging um die finanziellen Schwierigkeiten, die ich wegen der vierten Stunde angesprochen hatte. Ihre Reaktion bezog sich auf ein momentanes Zögern von mir, als ich meine Intervention formulierte). Ich muss Sie idealisieren können, weil es so überwältigend ist, mich mit menschlichem Schmerz auseinanderzusetzen. Alte, leblose Menschen fahren Cadillacs. Der letzte Cadillac, in dem ich fuhr, brachte mich zu B's Vaters Begräbnis. B's Vater starb an Krebs, es war extrem schmerzhaft. Als ich im Traum den Kopf von B's Vater auf den Stein legte, kam er mir vor wie Sie, sehr verletzlich. So wie ich Sie wahrnahm, als wir über das Projekt sprachen. Als ich von hier wegging, hatte ich ziemlich feindselige Gefühle gegen Sie. Es fing schon vor zwei Wochen an (vor unserer Diskussion über das Projekt). Wenn eine Beziehung enger wird, werde ich immer kritischer und negativer - deswegen muss ich Sie weiter idealisieren. Ich sehe Sie nicht als ausbeuterisch (wie in der Vergangenheit), aber als bedürftig, das fühlt sich anders an. Ich spürte, wie ich mich zurücksehnte nach einer idealisierteren und romantischeren Beziehung. Ich habe Angst, dass es einen toten Raum gibt ... In dem Dachstuben-Traum ist der Preis für diesen perfekten, hoch gelegenen Platz ein unüberwindbares Durcheinander, mit dem ich nichts anfangen kann ... hoffnungslos, soviel in Verbindung zu stehen, denn es ist sein Raum im Traum.

Dachstubentraum: Dieser frühere (ca. vier Monate vor den aufgezeichneten Stunden geträumte) Traum hatte folgenden Inhalt: Es war am Ende des Semesters und die Patientin wollte noch ihr Zimmer im Studentenwohnheim aufräumen, um dann nach Hause zu fahren. Ihr Zimmer befand sich im Dachgeschoß; es war geräumig, aber neblig, modrig und voller Unordnung. Es war der Raum ihres Vaters, war aber größer, abgeschlossener und schien ein romantischer Raum zu sein. Als sie den Raum betrat, fühlte sie sich müde und depressiv. Sie hasste diesen Raum. Die anderen Mitstudierenden auf dem Stockwerk wirkten lebendig und energisch und packten gut gelaunt ihre Sachen zusammen. Sie verließ den Dachraum und wollte sich ihren

Kommilitoninnen anschließen.

**Mein Kommentar:** Der Traum von der Gruft vermittelt ein anschauliches Bild der entsetzlichen Bedürftigkeit, ein Bild der traumatischen Mutter-Kind-Beziehung. Drei unbewusste Bewältigungsmuster sind erkennbar. Sie wurden bereits beim Entwurf des Lebensstils der Patientin besprochen:

1. Die erste Sicherungstendenz besteht darin, das Leiden zu lindern. Die Patientin versucht, B's Vater zu wiegen und zu trösten, wohl den Aspekt von ihr selbst, der noch ungetrennt ist von Mutter oder Analytiker. Hier kann man rückschließen, dass die Patientin versucht hat, das Leid der Mutter zu lindern.
2. Eine zweite Sicherungstendenz besteht im Sich-Einhüllen in Schlaf. Die Schwester der Patientin versinkt neben B's Vater in einen „totenähnlichen“ Schlaf. Dieser Zustand könnte einen eingeschränkten Bewusstseinszustand, eine Selbstversunkenheit repräsentieren, als Schutz vor Leid und Schmerz.
3. Bei den Assoziationen der Patientin zum Traum wird eine dritte Sicherungstendenz deutlich: die Patientin schützt sich mit ihren feindseligen Gefühlen vor der Bedürftigkeit und Verletzbarkeit des Analytikers.

Der Traum wiederholt aber nicht nur die damalige Situation. Drei neue Elemente sind erkennbar. Das erste neue Element besteht darin, dass das Traum-Ich wach bleibt, sich bei vollem Bewusstsein dem Geschehen aussetzen, es erkennen und am Ende in bewusster Entscheidung gehen kann, den Weg zu einer Selbstdifferenzierung.

Ein zweites neues Element könnte darin liegen, dass B's Vater (später assoziiert die Patientin damit den Analytiker) zwar tot ist, aber gleichzeitig belebt von einem entsetzlichen Schmerz. Der Schmerz ist das Lebendige an B's Vater, sagt die Patientin. Was bedeutet das? Wenn der Traum auf der Subjektstufe gedeutet wird, dann ist B's Vater zugleich die noch ungetrennte "tote" Patientin-Mutter oder auch die Leblosigkeit der Patientin selbst. Könnte es sein, dass sie durch die Therapie schon soweit belebt worden ist, dass sie ihren Schmerz spürt?

Das dritte neue Element könnte im Dachstubentraum enthalten sein, der dann zitiert wird. Dieser Traum weist darauf hin, dass sie von der idealisierten, romantischen Beziehung weg will. Der Preis der Idealisierung ist ein Durcheinander und eine hoffnungslose Vermischung. Aber jetzt sagt die Patientin: Es ist sein Raum! Dies könnte bedeuten, dass sie inzwischen sich abgrenzen, differenzieren kann zwischen Vater und sich.

P Er war ein Tyrann, aber er signalisierte uns gleichzeitig, dass er schrecklich verletzbar ist. Und wir können ihm nicht sagen, was wir denken, weil er so empfindlich ist. Das

Gefühl (das er vermittelt) ist, dass er denkt, niemand kann etwas richtig machen. Jeder beschützt meinen Vater. Da er verlangt, dass die Dinge perfekt sind, können wir es ihm nie recht machen. Keiner traut sich, zu ihm zu sagen: Hab mich doch gern oder du kannst mich mal. Er wäre so enttäuscht und würde solch einen Wutanfall bekommen, dass wir uns schuldig fühlen müssten.

A Also wenn Sie mich weniger idealisieren und ich dadurch für Sie menschlicher werde und zeige, dass ich verletzlich bin - als ich Ihnen das Projekt vorstellte - können Sie nicht anders, als mich als äußerst verletzbar und zerbrechlich und in diesem toten Raum wahrzunehmen.

P Ja. Es ist entsetzlich und Angst machend.

A Und wenn Sie kritisch mir gegenüber werden, scheinen Sie Angst zu haben, dass ich das nicht aushalte, dass ich zusammenbreche oder einen Wutanfall bekomme und dass Sie mich dann in diesem leidenden, toten Raum verlieren könnten.

P Ja. Und es gibt zwei Möglichkeiten damit umzugehen. S geht schlafen. Ich versuche zunächst, sie zu trösten. Doch dann beschloss ich, dass ich gehen muss (sagt es mit resoluter und fester Stimme) und im Traum gehe ich am Ende auch.

A Wenn ein Mensch sich in einem ewig leidenden, todesähnlichen Raum befindet, müssen Sie weggehen, um sich selbst zu schützen. Daher ist es kein Wunder, dass Sie daran festhalten müssen, mich jung, idealisiert, unverletzbar und ohne Schmerzen wahrzunehmen, um mich davor zu schützen, alt zu sein und dass ich überwältigender Bedürftigkeit und todesähnlichem Leiden ausgeliefert sein könnte.

**Mein Kommentar:** Mit seinen Interventionen bleibt der Analytiker ganz nahe am Erleben der Patientin, so nahe, dass er nur das Erleben spiegelt und sich dadurch nichts Neues eröffnet, kein Weg, der aus diesem Erleben, aus der dualen Beziehung hinausführt. Der Analytiker bietet zwei Interpretationen, wie die Patientin mit der Bedürftigkeit umgeht: 1. Sie muss ihn schützen vor ihrer Kritik, damit er nicht zu sehr verletzt, bedürftig und leblos wird. 2. Sie muss sich vor ihm schützen, vor seiner Bedürftigkeit, und ihn verlassen oder ihn in einer idealisierten Position halten. Ein Teufelskreis, könnte man sagen. Wo also könnte der Ausweg sein? Einen Ausweg eröffne ich, wenn ich beispielsweise sage: „Solange Sie glauben, dass meine Bedürftigkeit überwältigend und einem todesähnlichen Leiden ähnlich ist, müssen Sie von mir weggehen, um sich davor zu schützen.“ Danach könnte ich auf das Projekt eingehen, wo sie mich als bedürftig erlebt hat und könnte meine Bedürftigkeit zum Thema machen. Solange nämlich die Patientin "bedürftig sein" gleichsetzt damit, dass die

Lebendigkeit ausgesaugt wird, muss sie sich und die anderen davor schützen. Durch die Analyse kann dieser Bedeutungskomplex in Frage gestellt und möglicherweise aufgelöst werden.

Ein weiteres neues Element in dieser Sitzung zeigt sich in der Erinnerung an den Vater. Er sei ein Tyrann und schrecklich verletzbar: Dies zeigt zunächst die Spannbreite von Minderwertigkeitsgefühl (ohnmächtiger Bedürftigkeit) und Ziel der Überlegenheit nach Adler. Dann aber fallen der Patientin in der Phantasie die Sätze ein, die sie dem Vater hätte sagen können, sich aber, wie alle anderen auch, nicht getraut hat: „Hab mich doch gern oder du kannst mich mal“. Diese aggressiven Sätze zeigen, dass die Patientin mutiger wird. Da in der Übertragung der Analytiker gemeint ist, wird sie mutiger dem Analytiker gegenüber; auch wenn sie ihre Ängste und Schuldgefühle thematisiert, wie enttäuscht und wütend der Vater gewesen wäre, wenn sie ihm das gesagt hätte. Es ist wie ein Probehandeln in der Phantasie!

### **Schluss**

Die intuitive Erfassung der Lebensbewegung lässt den Analytiker das Ganze der Lebensbewegung in den Blick bekommen. In der Lebensbewegung der Patientin ist beides enthalten: ihr verständliches Bedürfnis nach einer andersartigen Beziehung und die Hindernisse durch ihr ebenso verständliches Misstrauen. Vertrauen in die therapeutische Beziehung entsteht nicht nur durch die empathische Einstimmung auf die Bedürfnisse, sondern auch durch eine genaue Erforschung des unvermeidlichen Argwohns der Patientin, dass nämlich der Analytiker ähnlich ausbeuterisch ist wie ihre Eltern. Die Lösung ist nicht, ob die Patientin darauf vertrauen kann, dass der Analytiker nicht ausbeuterisch ist, sondern ob sie entdeckt, dass er zwar solche Züge hat, aber dennoch sich um sie kümmert – und ob sie ihren Hass und ihre zerstörerischen Tendenzen annehmen und integrieren kann, die seine Bedürftigkeit und ausbeuterischen Tendenzen in ihr auslösen.

### **Literatur**

Adler, A. (1913 a/1974 a): Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. In: Metzger, W. (Hg.), Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Frankfurt a.M., S. 48 - 66.

Adler, Alfred (1914h/1974a): Die Individualpsychologie, ihre Voraussetzungen und Ergebnisse. In: Metzger, W. (Hg.), Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Frankfurt a.M.: Fischer

Eife, G. (2005): "Individualpsychologische Behandlung der Neurosen" (Adler 1913 - 1930) - eine Re-Lektüre. In: Lehmkuhl, U. (Hg.): Die Gesellschaft und die Krankheit. Göttingen,

S. 95-112

- Eife, G. (2006): Das psychodynamische Modell der individualpsychologischen Therapie. Z. f. Individualpsychol. 31: 6-10
- Eife, G.; Witte, K.H. (2006): Das Individuelle in der Individualpsychologie. In: Bruder, K-J.; Bruder-Bezzel, A. (Hg.): Individualpsychologische Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Peter Lang, S. 33 – 60
- Fonagy, P., György G., Elliot L. J., Target M. (2002): Affectregulation, Mentalization and the development of the self. New York: Other
- Fosshage, J. L. (1990): Clinical Protocol. Psychoanalytic Inquiry 10: 461-477
- Heisterkamp, G. (1996): Psychotherapie aus der Mit-Bewegung. Formen der Empathie. In: Lehmkuhl, U. (Hg.): Heilen und Bilden – Behandeln und Beraten. München/Basel: S.101 – 119
- Post, S. L. (1990): De Gustibus Disputandum: An Editorial Comment. Psychoanalytic Inquiry 10: 592-600
- Rudolf, G. (2004): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Springer
- Strenger, C. (2005): The Designed Self. Psychoanalysis and Contemporary Studies. In: Relational Perspectives Book Series, Volume 27. London: The Analytic Press
- Witte, K. H. (2002): Eine ciszendente Interpretation der Individualpsychologie Alfred Adlers. In: Brunner, R. (Hg.): Die Suche nach dem Sinn des Lebens. Transpersonale Aspekte der Individualpsychologie. München, Basel: Reinhardt, S. 95-134 [Beiträge zur Individualpsychologie, Bd. 27]

**Korrespondenzadresse:** Dr. med. Gisela Eife, St.-Anna-Platz 1, 80538 München,  
E-mail: [eife@g-eife.de](mailto:eife@g-eife.de)

**Gisela Eife**, Dr. med., Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin/Psychoanalyse, Lehranalytikerin (DGIP, DGPT) und Supervisorin, Leiterin der psychotherapeutischen Ambulanz für Erwachsene am Alfred Adler Institut München. Publikationen zur Individualpsychologie.