



# Ödipuskomplex, Urszene und dritte Position

## Die notwendige Verwicklung des Analytikers in die Inszenierung des Patienten

**Jochen Lellau**

### ***Zusammenfassung***

Nachdem die ersten Jahre der Psychoanalyse im Zeichen der Beschäftigung mit dem von Freud definierten und der phallischen Phase zugeordneten Ödipus-Konflikt gestanden hatten, erweiterte sich das Interesse auf die Erforschung der vor diesem Konfliktstadium liegenden Zeiträume. Diese wurden als „Frühstadien des Ödipus-Komplex“ oder als „präödipal“ bezeichnet und ergänzten die Bedeutung des nun „klassisch“ genannten Ödipus-Konflikts. Bei der Behandlung von Erwachsenen und älteren Kindern haben wir es mit einer Verquickung beider Beziehungsmuster zu tun, die sich bei näherer Betrachtung als interdependentes Verhältnis erweist. Weder die Annahme, dass das zeitlich frühere das Wichtigere sei, noch das Postulat, das Entwickeltere überwinde das Primitive und trete an dessen Stelle, entspricht der psychoanalytischen Erfahrung. Vielmehr werden mal in der einen, mal in der anderen Sprache Teilaspekte einer allgemeinen seelischen Problematik zu bearbeiten versucht. An Hand ausgewählter Ausschnitte einer psychoanalytischen Behandlung soll gezeigt werden, wie sich diese Verschlingung unterschiedlicher psychischer Logiken im Behandlungsverlauf entfaltet, und wie die Einwirkung des Urszenenerlebens den Übergang von der einen zur anderen Ebene beeinflusst. Die entstehenden Wechselbeziehungen können für den Patienten bedrohlich werden, so dass eine Verweigerungsposition bezogen wird, die sich jedem produktiven Austausch zwischen den Entwicklungsebenen widersetzt und

Entwicklung blockiert. Wichtige Aspekte der dargestellten Behandlung wurden von der Patientin in Form eines Agierens während der Sitzungen ausgetragen. Ich deutete dieses Agieren als Teil einer Inszenierung, die neben einem Abwehrcharakter auch Züge einer Regression im Dienste der Behandlung zeigte und der Patientin und mir genau umschriebene Rollen zur Darstellung eines nicht verbalisierungsfähigen inneren Konfliktes auferlegte. Die Bearbeitung der Inszenierung und der beim Analytiker provozierten Gegenübertragungsreaktionen ermöglichte die allmähliche Lockerung der partiellen Blockaden. Durch die Regression auf prä-ödipale Fixierungsstellen gelang es der Patientin, mir und schließlich auch sich Einblicke in Konfliktbereiche zu erlauben, die das Verständnis ihrer ödipalen Problematik erweiterten und mir teilweise erst ermöglichten.

## **Zur psychoanalytischen Verwendung des Ödipus-Begriffes**

Ich möchte in dieser Arbeit drei klinisch bedeutsame Bedeutungsebenen miteinander in Beziehung setzen: Erstens das Ineinanderwirken von prä-ödipalen und ödipalen Strukturen; zweitens die Funktion des Urszenenerlebens beim Übergang von der einen auf die andere Strukturebene; und drittens der Versuch des Patienten, durch die Inszenierung damit verbundener unbewältigter affektiver Zustände beim Analytiker über die Aktivierung seiner Gegenübertragung ein unmittelbares Verständnis zu bewirken. Zunächst werde ich verschiedene Betrachtungsweisen ausgewählter Autoren referieren und versuchen, einen gemeinsamen theoretischen Boden zu finden, von dem aus Psychoanalytiker den Ödipuskomplex und die Urszene betrachten.

Freud hatte in „Das Ich und das Es“ (1923b) den „vollständigen Ödipuskomplex“ beschrieben: „Eingehendere Untersuchung deckt zumeist den vollständigeren Ödipuskomplex auf, der ein zweifacher ist, ein positiver und ein negativer, abhängig von der ursprünglichen Bisexualität des Kindes, das heißt, der Knabe hat nicht nur eine ambivalente Einstellung zum Vater und eine zärtliche Objektwahl für die Mutter, sondern er benimmt sich auch gleichzeitig wie ein Mädchen, er zeigt die zärtliche feminine Einstellung zum Vater und die ihr entsprechende eiferstüchtig-feindselige gegen die Mutter. Dies Eingreifen der Bisexualität macht es so schwer, die Verhältnisse der primitiven Objektwahlen und Identifizierungen zu durchschauen und noch schwieriger, sie fasslich zu beschreiben. Es könnte auch sein, dass die im Elternverhältnis konstatierte Ambivalenz durchaus auf die Bisexualität zu beziehen wäre und

nicht...durch die Rivalitätseinstellung aus der Identifizierung entwickelt würde. Ich meine, man tut gut daran, im Allgemeinen und ganz besonders bei Neurotikern, die Existenz des vollständigen Ödipuskomplexes anzunehmen“ (S. 261f). Diese Formulierung erlaubte es, das ödipale Geschehen unter zwei Perspektiven zu betrachten: zum einen den primärprozesshaft um libidinöse und destruktive Dynamik gruppierten Themenkomplex; zum anderen die mit der negativen Variante verbundene Objektbeziehung der Identifikation, die die Ich-Strukturbildung voranbringt und der weiteren Stabilisierung sekundärprozeßhafter Prinzipien im Leben des jungen Individuums dient.

Schon zu Freuds Lebzeiten erfuhr der Begriff des Ödipus-Komplexes einen Bedeutungswandel, den Freud nicht aufhielt und der einem Bedürfnis nach theoretischer Entwicklung geschuldet war. Nachdem Abraham (z. B. 1924) und Ferenczi (z. B. 1924) ihre Untersuchungen zu den prä-ödipalen Entwicklungsstufen vorgestellt hatten, griff auch Melanie Klein schon früh das Thema auf (Klein, 1927). Sie löste Kontroversen aus, weil sie den Ödipuskomplex in einer radikalen Operation aus der phallischen Phase in die ersten zwei Lebensjahre verlegte und dem Konflikt damit eine neue Bedeutung zuschrieb. Sie betrachtete den Ödipuskonflikt nicht mehr in erster Linie als eigenständige Entwicklungsphase, sondern interpretierte ihn als spezifische Position, die typische Konflikte zwischen dem Individuum und seinen Objekten beschrieb. Durch den Perspektivenwechsel auf die orale und anale Zeit änderte sich das Bild und die Qualität der Objektbeziehungen entscheidend; die Verzerrungen der kleinkindhaften Weltwahrnehmung und die Charakteristika der jetzt so genannten prä-genitalen Entwicklungsstufen schufen andere Objektbeziehungsmuster als die, die in der klassischen Ödipussituation beschrieben worden waren. Obwohl Klein die libidinösen Anteile des Triebgeschehens weiterhin ernst nahm – die Versagung libidinöser Bedürfnisse war in ihren Augen Ausgangspunkt vieler komplizierter Folgewirkungen – löste sie doch den Freudschen Entwicklungsgedanken der libidinösen Stufen weitgehend auf und verschob den Schwerpunkt des Interesses am Triebgeschehen auf die destruktiven Anteile der Triebmischungen.

Freud konstruierte den Ödipuskonflikt vom Begehren des Kindes her und zeigte, was durch die Konfrontation mit der inneren und äußeren Realität aus den ödipalen Wünschen wird. Klein folgte dieser Denkrichtung, richtete dann aber ihre Aufmerksamkeit auf den Widerstand, den das Kind durch die Realität der Beziehung seiner Eltern erlebt, und konzeptualisierte das Geschehen v. a. von der Urszene her (Klein 1945, S.

30). Wie Laplanche und Pontalis (1967, S. 577) ausführen, hatte Freud (1918b) den Begriff ausgearbeitet, um zu unterstreichen, dass das Kind den Koitus zwischen den Eltern als Aggression des Vaters in einer sadomasochistischen Beziehung interpretiert, sich selbst an die Stelle eines Elternteils setzt, dessen Rolle nachzuahmen versucht, damit in die ödipale Rivalität eintritt, und schließlich den Zorn der Eltern über sein Verhalten erlebt und als einen der Anlässe für die Ausgestaltung der Kastrationsangst auffasst (Freud 1939a, S.184). Mack Brunswick (1940; zitiert nach Laplanche und Pontalis, 1967, S. 577) ergänzte, dass das „Interesse des Kindes am elterlichen Koitus ... sich auf des Kindes eigene, präödipale, körperliche Erfahrungen mit seiner Mutter und die sich hieraus ergebenden Wünsche“ stützt. In der weiteren Entwicklung der psychoanalytischen Theoriebildung wurde diese Perspektive aufgegriffen: Wenn das Kind die Verbindung der Eltern wahrnimmt, wird die Illusion der exklusiven Beziehung zur primären Mutter zweifelhaft. Für Steiner (1999) war klar: „Die von Klein thematisierte Ödipussituation beinhaltet die sexuelle Beziehung zwischen den Eltern“ (S. 99). Und Britton stellte fest (1989, S. 112): „Die ödipale Situation beginnt, sobald das Kind die Beziehung der Eltern wahrnimmt“.

Das neurotisch disponierte Kleinkind erlebt nach Klein (1945) den Geschlechtsverkehr v. a. als destruktives Geschehen, das mit verzerrten libidinös besetzten Phantasien und Objekten verbunden wird. Das Kind ist permanent mit diesem Geschehen zwischen den Eltern beschäftigt und erlebt auch seine eigenen sexuellen Impulse, die es auf die Eltern richtet, als destruktiv (Klein, 1945, S. 64f). In der ambivalenten Affekteinstellung des Kindes gegenüber dem Mutterobjekt bilden sich das Schuldgefühl, eine Art Ursündenphantasie, und das Bedürfnis nach Wiedergutmachung, um die Beziehung trotz der gegen sie gerichteten Angriffe zu retten. Schuldgefühle bestimmen den weiteren Verlauf der Entwicklung.

Klein formuliert einen explizit auf den Vater und dessen triangulierende Funktion bezogenen Entwicklungsgedanken: In der Welt des Säuglings sind der Vater und dessen Penis von Anfang an präsent: zunächst stört der Einfluss des Vaters die ungetrennte Einheit von Mutter und Kind, bald ermöglicht er aber auch die Übertragung der an der Brust erlebten Frustrationserlebnisse und kann so für kurzfristige Spannungsminderung in der Beziehung zwischen Mutter und Kind sorgen. Der Vater dient auch als Ersatzobjekt für die unerträglich gewordene Wut auf die Mutter. Ein Teil der auf die Mutter gerichteten Ambivalenz wird auf den Vater verschoben, der nun ebenfalls ambivalent erlebt wird und nicht mehr als gutes ödipales Objekt besetzt werden kann (s. auch Loch u. Jappe, 1974,

S. 6). Die jetzt unvermeidlich auch beim Vater erfahrene Frustration führt wiederum zum Rückgriff auf das erste Objekt – und so weiter, bis sich eine gewisse, wenn auch neurotische Stabilität gebildet hat (Klein, 1945, S. 75f).

Von den Nachfolgern Melanie Kleins wurde ihre Beschreibung der frühödipalen Prozesse um einen strukturellen Aspekt erweitert. Britton (1989) spricht vom Begriff des „triangulären Raums“, mit dem er eine belastbare Verbindung zwischen den Akteuren des ödipalen Dreiecks zu erfassen versucht. Die Entwicklung dieses Empfindungs- und Handlungsraumes setzt voraus, dass das Kind „die Verbindung, welche die Eltern miteinander vereint“, anerkennen kann und „unter der Vorherrschaft der Liebe wahrnimmt und seinen Hass zu tolerieren vermag“ (S. 98). Dann kann das Kind zu jedem der Elternteile eine eigene Beziehung entwickeln, ohne den Eltern ihre Verbindung neiden zu müssen. So erschließt sich ihm eine „dritte Form von Objektbeziehungen..., in denen es selbst Beobachter und nicht Teilnehmer ist“ (S. 99). Der Erwerb der Beobachtungsfähigkeit ermöglicht dem Kind Abstand zu sich selbst zu nehmen, sich selbst in seinen Interaktionen mit den Objekten beobachtend zu begleiten und eine „dritte Position“ erschließen zu können, „von der aus Objektbeziehungen beobachtet werden können“ (S. 99).

Britton wendet sich der Behandlungssituation zu und weist auf die doppelte Aufgabe hin, die sich dem Analytiker stellt: er nimmt mit seinen Deutungen und seiner Person Einfluss auf das Entwicklungsgeschehen und den therapeutischen Prozess; und er soll diese Interaktionen aus einer exzentrischen Position kommentieren, um eine reine Wiederholung pathogener Prozesse in der Behandlung zu vermeiden. Die periodisch auftretenden Störungen dieser Beobachtungsfunktion des Analytikers bringt Britton mit strukturellen Konflikten in Verbindung, die in der Urszenensituation ein Modell finden. Die Wahrnehmung der elterlichen Beziehung und ihrer relativen Getrenntheit vom Leben des Subjekts kann unerträglich sein, wenn sie destruktiv erlebt und das Subjekt wie der kleine Ödipus der Sage von seinen Eltern ausgesetzt und seinem Schicksal überlassen wird (s. S. 113f).

Für Steiner (1999) beginnt die Dreiecksbeziehung, wenn das Kind durch die Konfrontation mit der Urszene die Phantasie von der „Exklusivität zwischen Mutter und Kind“ (S. 99) aufgeben muss: „Es ist die Realität dieser Beziehung, die in die Zwei-Personen-Dyade ein drittes Objekt einführt“ (S. 99; ebenso Britton, 1989, S. 96). In der Folge greift der Vater als trianguläres Objekt ausgleichend in die Stürme der Beziehung

zwischen Mutter und Kind ein. Vater und Mutter rücken in dieser Perspektive näher aneinander, werden beide begehrt und bekämpft und bleiben wenig differenziert. Zum Problem kommt es, wenn die Beziehung zwischen den Eltern erkannt wird und das Kind die Eltern um ihre Nähe beneidet. Die Differenzierung zwischen dem beehrten Liebesobjekt und dem bekämpften Rivalitätsobjekt ist noch nicht erfolgt.

Ich möchte zeigen, dass sich diese Sichtweisen mit den Auffassungen Freuds verbinden lassen. Die Freudsche Formulierung des Ödipus-Komplexes wurde von einigen post-freudianischen Autoren in einen Zusammenhang mit prä-ödipalen Konfliktebenen gestellt und weiter ausgearbeitet. Dabei kam es zu Überschneidungen mit den Auffassungen der Autoren, die die Anschauungen Kleins weiter entwickelt hatten.

Loewald beschrieb (1978) die Konflikte zwischen triangulären und dualen Strebungen in der ödipalen Situation und betonte die Anziehungskraft und das Fortbestehen der Wünsche nach einer „primär-narzisstischen Einheit“ (S. 391) auch auf dem Entwicklungsstand der ödipalen Phase. Er verwies auf die Störbarkeit der ödipalen Entwicklungsprozesse durch das Ein- und Nachwirken prä-ödipaler Fixierungen. Loewald interessierte das Verhältnis zwischen objekt-libidinösen und die Ich-Strukturen bildenden identifikatorischen Besetzungen, die ein und demselben Objekt gelten: Die Mutter ist für beide Geschlechter zunächst ein Befriedigungs- und Identifikationsobjekt, das als Objektrepräsentanz Niederschläge im heranreifenden Ich hinterlässt. Im weiteren Entwicklungsgang muss ein Bedeutungswandel in der Objektbesetzung vollzogen werden, der für den Jungen die Besetzung der Mutter als libidinöses Objekt und für das Mädchen die aggressive Besetzung der Mutter bedeutet, die nun als Rivalin um die Gunst des Vaters betrachtet werden muss. Zugleich bleiben aber die aus den frühen identifikatorischen Verbindungen zur Mutter entstandenen libidinösen Bindungen bestehen und sorgen für eine Wiederbelebung der präödipalen Ambivalenz. Auf die zusätzlichen Komplikationen, die durch das Wirken der negativ-ödipalen Tendenzen provoziert werden, sei hier nur hingewiesen. Werden die ödipalen Aufgaben und Bedürfnisse zu sehr durch die früheren identifikatorischen Bindungen beeinflusst, droht der reale Inzest oder inzestähnliche Verhältnisse: Der Inzest ist nicht als ödipales Geschehen sondern als Wiederholung der „identifikatorischen Intimität von Kind und Elternteil“ zu interpretieren (S. 392 f). Loewald meinte: „Wenn wir uns vergegenwärtigen, dass das ödipale Stadium selbst in seinem Kern Merkmale primärer Identifizierung und Symbiose enthält ..., dann mag dies dem Ödipuskomplex ... neuen Glanz verleihen“ (S. 394). Ich weise in

diesem Zusammenhang auf die luzide Zusammenfassung und erneute Betonung des Ödipusthemas und der damit verbundenen Kastrationsphantasien als eine der zentralen Konstruktionen in seinem theoretischen Denkens hin, die Freud kurz vor Ende seines Lebens im „Abriß“ vorlegte (Freud 1940a, S. 116-121).

Green (1999) trug Gedanken zur frühen Situation von Kind und Eltern vor und fasste die Rolle des Vaters in der prä-ödipalen Situation ins Auge. Green hält eine Beziehung der Mutter zum Säugling und Kleinkind für undenkbar, in der die Beziehung der Mutter zum Vater – als Funktion – keine Rolle spielt. Im Gegenteil „stößt das Kind ... auf die Grenzen der mütterlichen Liebe..., eben weil da der Vater ist“ (S. 184). Der Vater hilft im Falle der nicht-neurotischen Entwicklung dem Kind, aus der dualen Vereinigung in die Welt der Objekte zu finden. „Der Vater wird als das Agens gesehen, das diese Beziehung der Einheit von Mutter und Kind aufbricht“ (Green, 1999, S. 184; s. auch Loch u. Jappe 1974, S. 22), das heißt dem Vater wird die Funktion zugewiesen, die Objektwelt des Kindes zu erweitern – sowohl des Mädchens wie des Jungen. Freud deutete ähnliches an, als er formulierte: „Alles auf dem Gebiet dieser ersten Mutterbindung erschien mir so schwer analytisch zu erfassen, so altersgrau, schattenhaft, kaum wieder belebbar, als ob es einer besonders unerbittlichen Verdrängung erlegen wäre. Vielleicht kam dieser Eindruck aber davon, dass die Frauen in der Analyse bei mir an der nämlichen Vaterbindung festhalten konnten, zu der sie sich aus der in Rede stehenden Vorzeit geflüchtet hatten“ (Freud, 1931, S. 519)

Doch wo bleibt bei dieser Entwicklung die Lust? Was lockt das Kind, die erlebte Befriedigung durch das Primärobjekt partiell aufzugeben? Doch wohl neben den durch die Mutter unvermeidlich erlebten Frustrationen die Aussicht auf eine entwicklungsgemäße, also biologisch angemessenere, auf ein anderes Objekt bezogene Befriedigung, die ebenfalls vom Vater repräsentiert wird und die das Kind im Sinne Laplanches (2008, S.118) zur Entwicklung „verführt“. Damit ist das ödipale Geschehen eingeleitet.

In dieser Perspektive ist die frühe Mutter-Kind-Beziehung, nachdem sie ihre Funktion erfüllt hat, zu etwas Beengendem und Erstickendem geworden, bei dessen Verlassen die Mutter als Entlassende notwendig und hilfreich tätig werden muss. Dazu betonte Freud (1923b, S. 257; 1921c, S. 119), dass der Objektwechsel, das Aufgeben des einen Objektes zugunsten eines anderen, wohl nur möglich sei, wenn das Individuum sich durch den Besitz des introjizierten Objektes sicher genug fühle, das Risiko neuer Objektbesetzungen eingehen zu können. Denn im Grunde wehrt sich das junge Individuum gegen die Aufgabe des ersten Objekts und widersetzt

sich dem Objektwechsel: „Und solange auch das Kind an der Mutterbrust genährt wurde, es wird immer nach der Entwöhnung die Überzeugung mit sich nehmen, es sei zu kurz und zu wenig gewesen“ (Freud 1940a, S. 115). Wenn die Introjektion des Primärobjekts gelungen ist, kann das Kind den Vater oder einen seiner Vertreter als neues Objekt besetzen. Dies trifft zunächst auch für den Jungen zu, für den der Vater neue Qualitäten von Lust anbietet. So entwickelt sich eine neue Beziehungsqualität, die mit Getrenntheit und Individuation verbunden ist. Vor allem muss die Mutter imstande sein, das Kind freizugeben und ihm als neues anderes Objekt entgegenzutreten. Ogden (1987, S. 123 f) sprach unter Bezugnahme auf Winnicott von der „Übergangsbeziehung“, die die Mutter im Verhältnis zum Kind einrichten muss, wenn der Objektwechsel, bzw. die Neubesetzung des libidinösen Objekts gelingen soll.

Das Mädchen muss den Schmerz der Trennung von der Mutter, mit der es körperlich verbunden war, bewältigen; aber auch der Junge hat eine Trennung zu vollziehen: Die Mutter der frühen Zeit ist für ihn genau wie für das Mädchen verloren, und er muss eine andere Mutter neu zu besetzen lernen, deren besondere Beziehung zum Vater er – wie das Mädchen – anerkennen muss (Green, 1999, S. 185). Die Urszenenphantasie hat bei diesen Vorgängen eine wichtige Funktion, denn sie nimmt die Themen der Trennung vorweg. Das Kind kämpft mit der Wahrnehmung seiner Grenzen, seines Ausschlusses von elterlicher Verbindung und der beginnenden, aber noch abgewehrten Einsicht in das Illusionäre seiner Allmachtsphantasien. Gelingt die Anerkennung und Integration dieser schwierigen Erfahrungen nicht, wird das Kind bemüht bleiben, die frühere dual bestimmte Beziehungserfahrung regressiv wieder zu besetzen.

Der Blick auf die frühen Triangulierungsprozesse kann also in ungefähr folgender Weise zusammengefasst werden: Der Vater soll bei der Lösung aus der mütterlichen Umarmung oder der Bewältigung erlebter Versagung unterstützend wirksam sein. Ohne die ambivalent wahrgenommene Aktivität des Vaters würde Entwicklung unmöglich. Vor dem Eintritt in die ödipale Phase hat der Vater für Sohn und Tochter doppelte Aufgaben: er kann der Tochter als begehrenswertes Objekt zur Verfügung stehen, um ihr bei der Lösung aus der mütterlichen Bindung zu helfen; dem Sohn kann er ein Bild von Männlichkeit anbieten, mit dem zu identifizieren sich lohnt. Diese Entwicklungsaufgaben stellen das Kind vor Probleme, wenn es die Realität der Beziehungsverhältnisse und die Beschränktheit seiner eigenen Einflussmöglichkeiten zu verleugnen versucht.



Die im Folgenden dargestellte Fallgeschichte soll das Ineinanderwirken prä-ödipaler und ödipaler Struktur- und Triebmerkmale illustrieren; zugleich soll sie zeigen, dass Patienten in bestimmten Behandlungsabschnitten auf das Agieren in der Behandlung zurückgreifen, da die Verschränkung prä-verbaler und verbaler Inhalte eine besondere Ausdrucksform notwendig macht. Feldman (1999) spricht ganz allgemein von der „Aufgabe des Analytikers..., die subtilen und komplexen Inszenierungen zu erkennen, in die er zwangsläufig hineingezogen wird“ (S. 1006). Er weist auf den „wiederkehrenden Druck auf den Analytiker“ hin, „sich gemeinsam mit dem Patienten an die partielle Inszenierung archaischer ... Objektbeziehungen zu machen“ (S. 1011). Damit ist das Problem der Gegenübertragung und ihrer Verwendung in der Analyse berührt: „Was den Analytiker angeht, so nehme ich an, dass die Phantasien archaischer Objektbeziehungen...mit Sicherheit auf Resonanz bei seinen eigenen unbewußten Bedürfnissen und Ängsten treffen werden. Wenn diese Bedürfnisse und Ängste ... weitgehend unbewältigt geblieben sind, dann besteht die Gefahr, dass der Analytiker in Formen der Inszenierung hineingetrieben wird, die entweder beidseitige Bedürfnisse befriedigen oder ihn gegenüber dem Impuls abschirmen, nach Befriedigung zu suchen“ (S. 1012). Money-Kyrle (1956) erinnerte daran, dass „die Entdeckung, dass die Gegenübertragung unter Umständen ein nützliches Instrument ist“, nicht bedeutet, „dass sie grundsätzlich kein schwer wiegendes Hindernis mehr darstellt“ (S. 29). Denn der Analytiker „ist nicht allwissend. Sein Verständnis versagt insbesondere immer dann, wenn der Patient allzu genau bestimmten Aspekten seiner selbst entspricht, die zu verstehen er noch nicht gelernt hat“ (S. 32). „Tatsächlich aber beanspruchen die weniger befriedigenden Zustände, ... in denen unsere Gefühle zumindest in gewissem Maße gestört sind, wahrscheinlich mehr analytische Zeit, als wir zu erinnern oder zuzugestehen bereit sind. Dennoch kann der Analytiker...gerade in diesen Zuständen durch stille Analyse seiner eigenen Reaktionen seine Einsicht erweitern, seine Schwierigkeiten abbauen und Neues über seinen Patienten lernen“ (S. 42). Mit meiner Falldarstellung möchte ich zeigen, welche Gefahren und welche Erkenntnismöglichkeiten mit dieser Arbeit verbunden sein können.

## **Zur Fallgeschichte**

Ich lernte die Patientin kennen, als sie 40 Jahre alt war und schon lange Jahre an depressiven Symptomen gelitten hatte. Sie war eine kleine, zarte Frau und wirkte deutlich jünger. Nach ihrer Schilderung war sie die Jüngste von vier Kindern. Der Vater war Handwerker und hatte sich in seiner Firma zum Betriebsleiter hochgearbeitet. Er war der Haustyrann, von dessen Launen die Familienatmosphäre abhing. Nur die Patientin hatte bei ihm eine Sonderstellung, die sie mit zwiespältigen Gefühlen betrachtete, denn sie war sein erklärter Liebling. Ihre Mutter beschrieb sie als still, emotional eher kühl und als eigenständige, insbesondere vom Vater abgegrenzte Person wenig erkennbar. Die Mutter tat, was zu tun war, um den Familienfrieden aufrecht zu erhalten, und hatte wenig Zeit für intensiven Kontakt mit den einzelnen Kindern

Mit Beginn der Adoleszenz entwickelte die Patientin ein hohes Aktivitätsniveau, verließ früh das Elternhaus, absolvierte verschiedene Berufsausbildungen, denen sie selbst keinen Wert beimessen konnte, und verbrachte eine Zeit im Ausland. Sie konnte sich lange nicht festlegen und etablierte sich in keinem Beruf. Schließlich wurde sie Physiotherapeutin und betrieb eine kleine Praxis, auf die sie nur wenig Energie verwendete. Sie verdiente gerade so viel Geld, um zurechtzukommen. Im Übrigen war sie sparsam und gönnte sich nicht viel.

Sie hatte immer einen Partner, und die Beziehungen hielten immer mehrere Jahre. Jede dieser Beziehungen krankte an einem auffälligen Mangel an geteilter genitaler Sexualität; mit einem Freund, mit dem sie sechs Jahre zusammen war, hatte sie kein einziges Mal Verkehr. Schließlich kam sie vor acht Jahren bei ihrem heutigen Partner zusammen. Von ihm war sie in vielerlei Hinsicht abhängig und zugleich mit ihm unzufrieden, weil er ihre emotionalen Bedürfnisse nicht verstand.

Sie wollte in die Behandlung, weil sie bemerkte, wie ihre psychische Energie stetig abnahm: Sie war müde, verbrachte tagsüber Stunden im Bett, grübelte und kam zu keinen Ergebnissen. Die Beziehung zum Freund war schlechter geworden, und sie fürchtete, er könne sich von ihr abwenden. Mit Hilfe der Analyse hoffte sie, einen Ort des Rückzugs und der Flucht vor ihrem real immer komplizierter werdenden Alltag zu finden und schließlich auf magischem Wege eine Besserung ihrer Lebensumstände zu erreichen.

***Das Agieren der Konflikte und die Verleugnung der Urszene***

In den ersten drei Jahren der Behandlung ging die Patientin auf besondere Weise mit sich und mir um. Sie arbeitete in den Sitzungen, rang mit sich um die richtigen Worte und ließ keinen Zweifel daran, dass die Behandlung für sie eine ungemein ernsthafte Angelegenheit war. Ich hatte keine Chance, mich der gespannten Arbeitsatmosphäre zu entziehen und versuchte angestrengt zu verstehen, wohin ihre Assoziationen uns führen würden. Doch der Berg kreite und gebar ein Mäuschen; es war, als müsse die Patientin mir etwas darstellen, für das sie keine Worte hatte. So brach sie z. B. mehrmals in jeder Stunde in ein plötzliches lautes und gepresstes Schluchzen aus, das in keinem erkennbaren inhaltlichen Zusammenhang mit den aktuellen Analysethemen stand; oder sie weinte und schluchzte, bäumte sich manchmal auf der Couch auf und bildete mit ihrem Körper einen Bogen; oder ihr Schluchzen wurde zu einem Heulen. Oft strich sie sich mit der Hand über das Gesicht, die Augen, den Mund, die Stirn und drückte ihre Hand so fest auf die Haut, dass Geräusche entstanden. Das konzentrierte Ausatmen wurde zu einem Ächzen und ergänzt durch ein zischendes Einatmen. Hinzu kam ein unangenehmes Schmatzen, mit dem sie den Anfang und das Ende fast jeden Satzes begleitete.

Ich empfand diese Geräuschentwicklung und Motorik nicht nur als Äußerungen von Schmerz und Angst, sondern auch als Zeichen sexueller Erregung bis hin zum unterdrückten Orgasmus. Die Demonstration von Schmerz- und Lustgeräuschen löste bei mir Abwehrmanöver aus, dies alles nicht mehr hören und sehen zu wollen. Ich empfand die Patientin als schamlos und unterstellte ihr, die analytische Situation zu nutzen, um vor meinen Ohren während der Sitzungen eine Art von Masturbation zu betreiben.

Ein weiteres Phänomen trat hinzu: Ihr Reden wurde von Stunde zu Stunde zerdehnter: es gelang ihr, immer weniger Worte in einer Sitzung auszusprechen, ohne dabei den Spannungsbogen abreißen zu lassen. Einerseits zertrennte sie den Gedankenzusammenhang, andererseits nötigte sie mich zu besonderer Konzentration. Nachdem ich gefragt hatte, was während der Schweigepausen in ihr vorgehe, sagte sie, sie kämpfe mit massiven Schamgefühlen, die ungefähr die Gestalt eines „das darfst du nicht denken“ hätten und sie am Reden hinderten.

Sie löste das Problem, indem sie sich selbst während des Sprechens die Ohren zuhielt, um nicht zu hören, was sie gerade ausgesprochen hatte. In ihrem Agieren versuchte sie mit mir anders als sprachlich zu kommunizieren. Sie musste Wortvorstellung und Affekt streng getrennt

halten und brauchte ein Objekt, das beides für sie zusammensetzte. Es wurde deutlich, dass ihr der emotionale Ausdruck verloren gegangen war. Allmählich nahm das Bild von den Eltern mehr Raum ein und weckte ihre Aufmerksamkeit. Sie war irritiert, als sie sich erinnerte, dass die Mutter, die bisher von ihr so passiv geschildert worden war, auf den Vater Einfluss nehmen konnte. Folgendes Bild war aufgetaucht: Sie sah 5jährig mit an, wie Mutter und Vater abends nebeneinander im Bett saßen und sich lange vertraut unterhielten. Es war kein Raum zwischen den Eltern, in den das kleine Mädchen hätte eindringen können. Diese Wahrnehmung war nicht zu ertragen, aber wütend und neidisch durfte sie nicht sein. Stattdessen verkehrte sie die Situation und erlebte die Mutter als verbotend, vor allem dann, wenn sie mit dem Vater zusammen war und seine Aufmerksamkeit erfuhr. „Meine Mutter und ich haben um den Vater konkurriert.“

Dies setzte sich im Erwachsenenalter in ihren Beziehungen fort: Sobald sie mit einem Mann Lust und Befriedigung erfuhr, griff eine innere Instanz ein, die ihr vermittelte, dass das, was sie aktuell erlebte, unzulässig war. Das Weitere musste dann schnell und heimlich vonstatten gehen – so, als würde sie befürchten, die Tür könnte aufgehen, und die Mutter würde sie und den Mann auseinander treiben. Auch wenn sie sich vorstellte, in meinen Armen liegend Beruhigung zu erfahren, und sagte: „Ich liege wie früher mit meinem Vater“, musste dies verborgen bleiben: Auf meinen Hinweis: „Sie suchen meinen Kontakt“, antwortete sie: „Das hätten Sie nicht sagen dürfen.“ Sobald die Mutter – in diesem Zusammenhang mein Kommentar - den Raum der Analyse betrat, trieb sie uns auseinander. Solange alles unausgesprochen blieb, konnte auch die Phantasie bestehen bleiben, die Mutter –und die Realität unserer analytischen Beziehung - ausgeschaltet zu haben. Der eigene Wunsch, die Tür des Elternschlafzimmers zu öffnen und in die Beziehung der Eltern einzudringen, konnte so unbewusst gehalten bleiben.

Sie hätte in ihren abgewehrten Gefühlen ertrinken müssen, wenn sie nicht über eine Entfremdungstechnik verfügt hätte, mit der sie „über den gewöhnlichen Gefühlen der gewöhnlichen Menschen“ stehen und sich selbst gefühllos machen konnte. Sie war davon überzeugt: „Ich bin nicht wütend“. Zu allen Objekten und allen Affekten hielt sie einen gleichen Abstand und konnte die brisanten Gefühle und Phantasien verleugnen. Sie sagte: „Ich bin nicht aggressiv, und ich brauche keinen Mann“. Ein Gefühl zu erleben war für sie ein Bekenntnis, dass das Objekt für sie eine Bedeutung erlangt hatte; damit machte sie sich angreifbar. Um mit ihrem Übermaß an Wut fertig werden zu können, hatte sie sich ein eigenes

Partialobjekt geschaffen, „das Trollkind in mir“, dem sie alle destruktiven Impulse auferlegte und das sie von sich isolieren konnte. Dieses Ding konnte mich beschimpfen und sagen: „Was wissen Sie denn schon, nichts haben Sie verstanden. Über nichts wurde gesprochen“. Sie sah nun, dass ein Teil von ihr genötigt wurde, mit mir in einen Kampf einzutreten, nachdem die Behandlung psychische Bereiche berührt hatte, die nicht berührt werden sollten. Langsam formulierte sie ihre Wut auf mich, weil ich sie bedrängte. Dann war davon die Rede, dass sie mir „die ganze Scheiße ins Gesicht kippen“ wollte. Sie erinnerte sich, dass sie mit 3 Jahren noch wütend gewesen sei, später noch einmal während der Pubertät in ihren Auseinandersetzungen mit der Mutter. Sonst tauchte Wut nicht auf und blieb immer unkenntlich.

Im vierten Behandlungsjahr berichtete sie mir einen Traum, der ihre Bedürftigkeit und ihr Misstrauen vor emotionalem Kontakt veranschaulichte:

P: Ich habe heute Nacht geträumt von Ihnen. Da waren auch andere Leute, und Sie waren der Therapeut. Das waren nur Männer. Ich war irgendwie auch dabei. Sie sind dann aufgestanden, da hat jemand was vorbeigebracht, aber Sie waren mir sehr fern. Es war zwischen uns nicht so, wie es normalerweise in einer Sitzung ist. Die Männer saßen einfach da, und die waren mir gegenüber fast so wie eine Art Front. Eine Front, bei der ich gar nichts zu suchen hatte. In dem Traum haben Sie Ihre Arbeit gemacht, sind aufgestanden und Sie sind gar nicht davon tangiert, ob da nun geredet wird oder nicht. Sie haben die Tür geöffnet, weil jemand was vorbeibringt, Sie sortieren irgendetwas ein.

Als ich sie nach ihren Einfällen fragte, antwortete sie, dass ich ihr fremd gewesen sei, ich hätte mich mit meinen Angelegenheiten beschäftigt und mich nicht um sie gekümmert. Ich sagte ihr dann, der Traum würde also einen gegen mich gerichteten Vorwurf enthalten. Die Patientin bestätigte dies und sagte: „Sie machen eigentlich Ihre Arbeit, Sie machen eben Ihre Sachen. Was erwarte ich? Aber ich will, dass Sie die Verantwortung tragen. Und ich bin auch wütend auf Sie, Sie sollen mir doch aus dieser Lage heraushelfen. Aber letztendlich lass´ ich mir gar nicht helfen.“ Ich erinnerte die Patientin an den Teil des Traumes, an dem ich an der Tür etwas in Empfang nehme. Darauf sagte die Patientin: „Vor kurzem mussten Sie einmal an die Tür, weil es dort während der Sitzung klingelte. Da war ich in einer Stimmung, wo ich dachte, warum wird jetzt gerade geklingelt, wo es so besonders wichtig für mich ist. Und gerade dann müssen Sie raus. Dabei finde ich, Sie müssten ganz für mich da sein. Aber ich ließ das Gefühl nicht hochkommen, dass ich mich ärgerte oder traurig

war, sondern ich relativierte dann wieder alles. Aber am Ende habe ich das Gefühl, es hört mir ja doch keiner zu. Und gleichzeitig ist es so wichtig, dass Sie mir zuhören.“ Ich fasste das bisher Gesagte soweit zusammen: „Die Gesamtszene des Traumes verdeutlicht, dass Sie nicht glauben, meine Aufmerksamkeit zu haben.“ Darauf antwortete sie: „Ich erinnere mich an das Gefühl, wie es ist, wenn man sitzt und nur die Zeit absitzt. So ein sinnloses, angespanntes Sitzen. Ich könnte ja auch zu ihnen hingehen und Ihnen etwas sagen, oder mit den anderen Männern in dem Traum sprechen, aber ich konnte es nicht. Ich saß nur da und wartete, bis es vorbei ist.“ Ich interpretierte dies als negative Beurteilung der Analyse: „Sie sitzen hier bei mir nur rum, Sie werden von mir nicht wahrgenommen, und ich mache sowieso, was ich will.“ Die Patientin wollte zunächst diese Kritik an meiner Person nicht eingestehen, meinte aber dann, nachdem ich sie auf die Beziehungslosigkeit der handelnden Personen im Traum hingewiesen hatte: „Also so, als hätten wir keinen Kontakt.“ Ich wiederholte daraufhin: „In Ihrem Traum mache ich eben nur meinen Job und Sie haben keine besondere Bedeutung für mich“. Nach einer längeren Pause begann die Patientin, für sie ganz ungewöhnlich, länger und ohne Unterbrechung zu sprechen: „Ich habe plötzlich die Phantasie, ich hätte Wut auf Sie, und ich würde meine ganze Wut an Ihnen ablassen. Ich würde auf Sie eintrommeln, wie ein Kind, das ganz wütend ist und den Anderen haut. Das wäre eine Reaktion, das wäre ein Ausbruch aus diesem Lethargischen, Gefühllosen, ein Versuch, da raus zu kommen. Das darf ich aber auf keinen Fall tun. Wenn ich denke, Sie machen nur Ihren Job, kommt sofort die Seite, die Sie verteidigen will, und die sieht, dass es mir natürlich besser geht. Aber dieses Andere, diese Wut, die ist eben auch da, aber ich kann sie nicht zulassen. Es entsteht ein Gefühl, als würde ich gar nichts empfinden. Sie sollen mich wahrnehmen. Ganz und gar. Wenn Sie es aber wirklich tun würden, könnte ich das überhaupt nicht aushalten. Das wäre ein Gefühl, als würde ich im Rampenlicht stehen, und dann entsteht etwas, was ich nicht aushalten kann. Auf einmal wäre es für mich ganz schlimm, wenn Sie mich wirklich wahrnehmen würden. Ich wäre dann an etwas angekoppelt, was ich nicht fühlen will. Wenn Sie mich wahrnehmen würden, dann würde ich denken, jetzt wird was von mir erwartet, jetzt muss ich etwas bringen. Und da versagt dann alles. Weil ich nicht weiß, was ich dann bringen soll. Das ist dann ganz unerträglich. Das ist so, als bekäme ich die volle Aufmerksamkeit. Ich habe gerade an meinen Vater gedacht: Wenn ich die Aufmerksamkeit bekomme, dann bin ich wie ausgeliefert. Wenn ich mir dieses Gefühl wieder herhole, diese Vorstellung, ich bekomme Ihre volle Aufmerksamkeit, da ist wirklich

einer, dann kann ich dieses Gefühl nicht aushalten.“ Ich schloss an: „Meinem Blick ausgeliefert zu sein.“

Die Patientin beschäftigte sich hier mit ihrem Problem, ödipale Anforderungen annehmen zu müssen, ohne die vorbereitenden Schritte aus der prä-ödipalen Zeit vollzogen zu haben. Sie war mit der Realität von Dritten konfrontiert (den fremden Männern, also vielleicht ihren Brüdern, oder meinen anderen Patienten) und konnte schwer ertragen, dass ich tatsächlich meiner Arbeit nachging und ihr nicht in ausschließlicher Hingabe zugetan war. Sie wollte nicht meinen beobachtenden Blick, sondern sie wollte einen liebenden Blick auf sich gerichtet fühlen.

### ***Der Ekel und die Verwicklung des Analytikers***

Die intensive Verbindung, die die Patientin im Geheimen mit mir eingerichtet hatte, musste durch das Eingreifen einer Überich-Instanz nicht nur entwertet, sondern auch abstoßend gemacht werden; spürbar wurde dies zunächst in meinem Erleben. Ich bemerkte widerstrebend, wie sehr sie mich ekelte. Mich ekelte ihr Heulen, Stöhnen, Weinen und Schmatzen. Ich spürte die Körperflüssigkeiten, salziges Tränenwasser, Speichel und Nasenschleim. Eine Atmosphäre von Widerwillen hatte sich entwickelt und machte die Arbeit schwer und mir das Denken über Strecken unmöglich. Sie musste wohl zunächst bei mir das Gefühl wecken, das sie selbst so sehr ausfüllte, bevor sie es selbst artikulieren konnte.

P: ... Ich habe gespürt, wie wichtig Sie mir sind ... Aber ich habe dieses warme Gefühl nicht hochkommen lassen ... Ich wusste, und zugleich wollte ich nicht wissen, dass ich mich wohl bei Ihnen fühle. Ich darf das Emotionale nicht spüren, nur das Rationale... Und wenn die Trennung in Sicht kommt, spüre ich, was ich verlieren werde – als ich es hatte, habe ich es aber nicht genießen können.

A: Oder nur in sehr reduzierter Form.

P: Das geht eher ... Es soll keiner sehen ... Ich bin misstrauisch ...

A: Wenn Sie sich nicht so zurücknehmen müssten, könnten Sie hier intensivere Gefühle erleben.

P: Ja ...

A: Sind Sie innerlich einen Schritt zurückgegangen, als ich dies sagte?

P: Ja, es wird mir unheimlich ... Ich weiß nicht, wo das hinführt ... Da ist ein Misstrauen ...

A: Dieses Misstrauen müsste sich ja dann gegen mich richten. Sie sind unruhig, was ich mit Ihnen machen würde, wenn Sie mir offen zeigen würden, wie wohl Sie sich hier fühlen wollen.

P: Da ist ein Ekel ... Irgendwie ist das, was mich befriedigt, der Genuss, auch eklig ...

Das Eklige wurde zentral: Sie war ihren inneren Objekten so nah, dass sie fürchtete, von deren Sog verschlungen zu werden. Die Patientin ekelte sich vor dem, was sie verlockend fand, und war eklig zu mir, „was soll der ganze Scheiß hier in der Behandlung“. Die dramatische Darstellung des Nicht-Hören-Wollens, das Nicht-Sehen-Wollen, die Mischung aus Scham und gebannter Faszination wirkten wie die konkrete Inszenierung einer Szene, in der sie die Exklusivität der elterlichen Beziehung vor Augen hatte. Sie erlebte etwas, was sie nicht wahrnehmen, von dem sie sich aber auch nicht abwenden wollte. Sie schien in diesen Verhältnissen erstarrt, und ihre Besetzungen blieben auf diese Objekte und ihre Ohnmacht fixiert. Das zerdehnte Sprechen war wie eine Illustration ihrer gebannten Unentschiedenheit, das Geschehen beobachten oder verleugnen zu wollen. Aber warum musste dies so nachdrücklich und penetrant vor mir aufgeführt werden? Warum sollte ich die Worte für sie finden? Sie zwang mir ihre Sicht auf das Geschehen auf, um mich mit ihren Augen sehen zu lassen. Ihr Agieren in der Behandlung hatte etwas mit diesen Verhältnissen, den Bedingungen der Urszenenproblematik, zu tun. Ich sollte mit ihr gebannt auf die Szene blicken und zugleich vor dem, was sie imaginierte, die Augen verschließen. Ich sollte bezeugen, dass die Beziehung zwischen Vater und Mutter nicht stattgefunden hatte; allein glaubte sie die Verleugnung nicht aufrecht erhalten zu können. Dazu musste sie mich fühlen lassen, was es für sie bedeutete, etwas Erregendes zu sehen und sich nicht einbezogen zu fühlen. Durch die Untersuchung meiner konkordanten Gegenübertragung konnte ich dem szenischen Geschehen in den Sitzungen allmählich eine Bedeutung geben. Es ging tatsächlich um sexuelles Agieren in der Sitzung - um die Aufführung der elterlichen Sexualität und der hilflosen Wut des Kindes. Damit führte sie mir eine Form der Objektbemächtigung in agierter Weise vor. Die Urszene war jetzt Teil der Behandlung und stellte mich vor große Schwierigkeiten.



### ***Die Verbindung prä-ödipaler mit ödipalen Themen***

Sie hatte jenseits unseres Gesprächskontaktes heimlich eine ideale Beziehung mit mir eingerichtet, die sie gefährdet sah, wenn darüber gesprochen wurde. Als sie nun in der Behandlung bemerkte, wie schmerzhaft für sie direkter Kontakt war und wie schnell sie in die Nähe ihrer Wut kam, als sie ihre Wut „wie ein taubes Körperteil, in das allmählich wieder Leben kommt“ wahrnahm, war dies für mich ein belastender Prozess.

In dieser Behandlungsphase stand ich vor der Aufgabe, die Green (1990, S. 194f) als die Bearbeitung der „geheimen Verrücktheit“ des Patienten beschreibt: „Es kommt zu einem Gefühl, als ob etwas gegen den Rahmen vorgehe... (Der Analytiker) spürt die Wirkung eines inneren Drucks, wobei ihm bewusst wird, dass er durch die analytische Situation und in der analytischen Situation zu operieren hat, wie um sie vor einer Bedrohung zu bewahren. Dieser Druck führt ihn in eine Welt, die er nur vermuten kann und die ihn zur Imagination zwingt... Oft hat der Analytiker Eindrücke, die noch ganz undeutlich sind... Ist der Analytiker innerlich zu einem gewissen Abschluss gekommen, und das geschieht oft noch vor der Verbalisierung, wandelt sich die affektive Störung in ein Gefühl der Befriedigung, eine passende Erklärung gefunden zu haben, die die Rolle einer theoretischen Konstruktion... spielt. Für den Augenblick spielt es keine Rolle, ob diese Theorie wahr oder falsch ist..., was zählt, ist, dass es gelingen konnte, das Formlose zu binden und es in eine Form zu bringen. ...Die beschriebene Arbeit der Formgebung muss vom Analytiker geleistet werden, weil dem Patienten nur eine Form mit minimaler Strukturierung gelingt, nicht genug gebunden, um einen Sinn zu bekommen, aber gerade genug, um die Denkformen des Analytikers... zu mobilisieren, und die immer angefangene und niemals vollendete Symbolisierungsarbeit auszuführen“.

Ich erkannte, dass ich zu diesem Zeitpunkt meine beobachtende Position nicht mehr aufrechterhalten konnte (Britton 1989). Ich hatte mich zwingen lassen, mich mit der Patientin zu identifizieren und die lähmende affektive Ambivalenz zu erleben, die sie mit der Urszene assoziierte. Steiner (1993, S. 203) schrieb: „Aber auch die Gegenübertragung führt zu Problemen...vor allem deshalb, weil die Introspektion des Analytikers durch seine eigenen Abwehrbedürfnisse kompliziert wird, so dass viele wichtige Gegenübertragungsreaktionen unbewusst bleiben... Hier kann ein dritter Gesichtspunkt dem Analytiker helfen, seine blinden Flecke zu erkennen und seine Einschätzung zu festigen.“ Zwischen ihr und mir war eine Sackgassensituation entstanden, die einen unausgesprochenen und

agierten Konflikt zwischen uns abbildete: konnte sie mich nötigen, etwas für sie zu tun, was ich nicht für sie tun wollte, „nämlich ein Identitätsverlangen..., als sei dem Patienten daran gelegen, dass das Erleben oder Verhalten des Analytikers...mit seiner eigenen unbewußten Phantasie korrespondiert, und als sei er unfähig, Diskrepanzen zu tolerieren oder sich zunutze zu machen, wie beruhigend auch immer dies in unseren Augen für ihn sein könnte“ (Feldman 1999, S. 1000).

Ich möchte nun zu rekonstruieren versuchen, wie ich mich aus dieser persönlichen und behandlungstechnischen Notlage befreite. Zunächst musste ich mir eingestehen, dass die aversiven Gefühle, die ich der Patientin gegenüber empfand, eine mein Handeln beeinflussende Qualität angenommen hatten und durch Selbstanalyse nicht mehr zu kontrollieren waren. Als ich mich noch ganz in der unmittelbaren Gegenübertragungsblockade befand, half ich mir, indem ich selbst aktiv wurde: Ich las viel und ziellos, erprobte verschiedene Hypothesen und fertigte schriftliche Betrachtungen über den Behandlungsverlauf an. Dies setzte mich in den Stand, den Fall in Supervisionen vorzustellen. Der Patientin gelang es aber weiterhin, mich mit ihren triebhaften und affektiven Inhalten zu bedrängen, und so die partielle Okkupation und Einschnürung des triangulären Raumes aufrechtzuerhalten. Ich konzentrierte meine Aufmerksamkeit nun auf den Ekel, den ich empfand, und versuchte ihn nicht mehr zu relativieren. Ich nahm ihn als Tatsache, die ich nicht leugnen konnte. Nun erst bemerkte ich, dass ich mit etwas identifiziert war, was die Patientin zunächst auf mich projiziert und schließlich in mein Denken und Empfinden hineingepresst hatte. Ich konnte den Affekt als etwas erkennen, das die Patientin auf mich übertragen hatte – sowohl, um sich von etwas Unerträglichem zu entlasten, als auch, um mir durch diese Form der nonverbalen Kommunikation etwas mitzuteilen. Aber ich war noch nicht frei; das Aversive konnte sich erst umwandeln, nachdem ich nochmals weiteren Abstand genommen hatte und zu reflektieren begann, welche meiner eigenen Konflikte die Patientin berührt hatte.

Ich bemerkte an meinen körperlichen und affektiven Reaktionen auf die Patientin, wie sehr sie den Kontakt zu mir suchte, gewissermaßen an meine Haut heranwollte und jeden Abstand zwischen uns beiseite zu schieben versuchte. Ich bemühte mich nun, für diese Phänomene im Geschehen zwischen ihr und mir Worte zu finden, konnte aber einen gereizten und abwehrenden Unterton in meinen Interventionen nicht immer vermeiden. Ein Beispiel war folgender Dialog:

P: „Hier bei Ihnen finde ich Sicherheit.“ – A: „Nein, Sie suchen hier Sicherheit, eine Sicherheit, die nie aufhört und Ihre innere Unsicherheit ausgleicht. Aber Sie wissen, dass das hier endlich ist. Zugleich wehren Sie sich gegen diese Einsicht.“ – P: „Ich sehe mich, wie ich da stehe und mich nicht weg bewege. Ich bin starr und unbeweglich. Ich weigere mich zu gehen...ich frage mich, vor wem ich so stehe...vor meinem Vater? Nein, das fühle ich nicht...“. –A: „Sie sagten zu Beginn der Stunde, dass Sie sich wie Ihre Mutter fühlen würden. Sie und Ihre Mutter konnten sich nicht verständigen.“ – P: „Sie war so apathisch, sie hörte mich nicht. Tagsüber war ich als Säugling ruhig, nachts schrie ich...aber da war doch auch mein Vater, und Männer waren immer so wichtig für mich.“ – A: „Sie waren stur und starr, aber Sie haben auch nach einer anderen Person gesucht, nach einem Ausweg. Das waren Ihr Vater und später die Männer. Sie haben auch mich ausgesucht, und ich bin keine Frau.“

Dann geschah etwas Unerwartetes: Die Stimmung veränderte sich, ein Hauch von Erotik lag in der Luft, ein Ton von Verführung, der mich erreichte und den Ekel beiseite schob. Die Patientin produzierte Momente von verdichteter Intensität, in denen ich mich ihr zärtlich nahe fühlte und einen Zustand liebevoller Vereinigung zwischen uns wahrnahm. Die Patientin füllte mich mit ihrer Liebe aus, und ich konnte diese Art der Zuneigung nicht ablehnen. Ich bekam in diesen Momenten einen Eindruck von den Vorgängen, wenn zwischen Patientin und Analytiker eine Phantasie entsteht, in der das reale Rollenverhältnis von Therapeut und Patient aufgehoben scheint und an dessen Stelle die Vorstellung einer reinen Liebe tritt, deren Verwirklichung in der Realität nichts Anstößiges mehr anhaftet, deren Bindung an die therapeutische Situation ausgeblendet wird, man sich zu „Ausnahmen“ erklärt und überzeugt ist, sich dem Zauber dieser idealen Beziehung bedenkenlos hingeben zu dürfen (s. Freud 1915a, S. 310). Die Patientin hatte bei mir ein Gefühl geweckt, das sie vor sich selbst streng geheim gehalten, aber nie hatte aufgeben können. Sie wollte von mir einen Beweis meiner besonderen Wertschätzung, dass sie für mich einzigartig war. Hinter ihrer Beziehung zum Vater wurde ihr Anspruch an die primäre Mutter erkennbar und ihre unnachgiebige Forderung an mich, endlich ihren Liebeshunger zu stillen.

Durch die bisherigen Erfahrungen mit der Patientin vorbereitet, konnte ich mich dem Sog dieser neuen Verfassung schneller entziehen. Ich vermutete, dass die Patientin mit mir im Schutz der abstinenten therapeutischen Situation eine Phantasie zu realisieren versuchte, in der sie sowohl ungestört mit dem ödipalen Vater verbunden als auch eng mit der präödipalen Mutter vereinigt sein konnte. Um diese phantasierte

Wunscherfüllung aufrechterhalten zu können, musste die Realität der Urszene weiter verleugnet werden. Der Patientin war es gelungen, mir ein Bild ihrer wichtigsten Wünsche zu vermitteln, und mir zugleich zu zeigen, wie das Festhalten an diesen Wünschen ihre Abwehr energetisch versorgte und so ihren Widerstand gegen Entwicklung weiter aufrechterhalten konnte. Ich konnte mit ihr über den Wunsch nach bedingungsloser und vollständiger Zuwendung sprechen, die sie von mir erwartete. Der Ekel war das letzte Mittel - der Patientin und des Analytikers – gewesen, um den Übergang in die reale Handlung unter Verleugnung der gefürchteten Urszenensituation zu vermeiden.

## **Diskussion**

Das Mädchen hatte die Phantasie entwickelt, die Mutter neide ihr den Kontakt zum Vater und versuche beide auseinander zu bringen. Diese Vorstellung war wichtig, um die Illusion aufrechterhalten zu können, den Vater für sich gewonnen und aus seiner Beziehung zur Mutter verdrängt zu haben. So wurde die Entwicklung in der ödipalen Phase angehalten. Die Phantasie hatte eine wunscherfüllende Funktion und stützte die Fixierung, ähnlich der von Britton (1989, S. 97) „ödipale Illusion“ genannten Konfiguration, „um die psychische Realität der Elternbeziehung verleugnen zu können“.

Der Ekel, den die Patientin zur Aufrechterhaltung der Abwehr mobilisieren musste, war nicht nur abstoßend (vgl. Freud, 1905d, S. 50f). Indem sie sich zwanghaft mit ihm beschäftigte, zeigte sie mir, dass im Ekel etwas Faszinierendes versteckt war. Laplanche stellte fest, „dass selbst in unserer Zeit die infantile Sexualität im eigentlichen Sinne das ist, was der Ansicht der Erwachsenen am meisten zuwiderläuft. Noch heute werden die schlechten Angewohnheiten am wenigsten akzeptiert“ (2008, S. 114). Diese Faszination der infantilen Sexualität und ihrer Objektbesetzungen sollte ich verstehen, stellvertretend für sie in geeigneter Weise artikulieren und schließlich mit ihr teilen. Ihr Bild der infantilen Sexualität hatte mit dem Grenzbereich zwischen prä-ödipaler und ödipaler Zeit zu tun, in dem die Urszene eine zentrale Bedeutung erhält. Das Kind ist noch nicht fähig, wie Loch und Jappe (1974, S. 21) beschreiben, die ödipalen Anforderungen zu erfüllen, d. h. noch nicht der Primärbeziehung mit der Mutter entwachsen und auf dem Weg, den gegengeschlechtlichen Elternteil als ödipales Objekt besetzen zu können. Die Patientin hielt an ihrer Art von prä-ödipalen Phantasien und

Wünschen fest, die sie ersatzweise dem Vater überschrieb. Sie nahm das Angebot des Vaters an, sein Liebling sein zu dürfen, und entwickelte eine Form der Ödipalität, die der Befriedigung früherer Bedürfnisse auf umweghaften und verzerrten Wegen dienen sollte.

Aber der Ekel zeigte auch eine viel zu große Nähe zwischen Vater und Tochter: diese musste sich notwendig einstellen, wenn prä-ödipale Wünsche mit Hilfe ödipaler Inszenierungen befriedigt werden sollten. Ein wichtiger Teil der pathogenen Wünsche war oraler und analer Art und bezog sich auf das Verhältnis zur versorgenden Mutter. Es ging um eine duale Beziehung, die den Vater als im Kleinschen Sinne störenden Dritten ausschließen sollte. Diese Ziele aber auf der ödipalen Bühne, nun mit dem Vater als dem begehrten Objekt, austragen zu müssen, schuf die strukturellen Probleme, die uns in der Behandlung beschäftigten. Schließlich hatte sie, wie Freud beschrieb (1923b, S. 260), „nachdem (sie) auf den Vater als Liebesobjekt verzichten musste, nun (ihre) Männlichkeit hervorgeholt und sich anstatt mit der Mutter, mit dem Vater, also mit dem verlorenen Objekt, identifiziert“. In ihren Paarbeziehungen spielte sie in verkappter Weise die männliche Rolle und nahm dem Partner die Aktivität – auch ich hatte dies zeitweilig erfahren.

Durch die Bearbeitung dieser ödipalen Inszenierung gelang der Perspektivenwechsel auf die Beziehung zum primären Objekt. Sie hatte die Mutter dominieren wollen, war an diesem Anspruch gescheitert und versuchte es bei anderen Objekten erneut, zuerst beim Vater, dann bei ihren Partnern. Mich hatte sie lange zu kontrollieren versucht und entdeckte erst gegen Ende ihre starken Sehnsüchte nach mütterlicher Zuwendung (vgl. Rosenfeld 1971). Das Mädchen hatte nicht die von Green (1999, S. 175) so betonte körperliche Nähe mit der Mutter erlebt. Sie versuchte - wie von Klein (1945), Fairbairn (1954) und Rupprecht-Schampera (1997) mit unterschiedlichen Akzentsetzungen beschrieben -, auf den Vater auszuweichen, von dem sie sich partiell angenommen, oft aber brüsk zurückgewiesen fühlte. Aus dieser Mischung von fragmentierten Befriedigungs- und Versagungserlebnissen entwickelte sich die pathologische Struktur. Hinter dem Feindbild vom Vater versteckte sie die Wut, die der Mutter galt, weil sie sich von ihr nicht angenommen fühlte und wegen der sie sich gefühllos machen musste. Die Wut auf die Mutter überdeckte alle anderen Gefühle. Weil der Hass unterdrückt werden musste, verschwanden auch alle anderen Affekte. Sie sagte: „Wie soll man trauern, wenn man hasst?“

## Schluss

Die Entscheidung, das Urszenenthema als bedeutsamen Aspekt dieser Behandlung herauszustellen, gründete sich auf verschiedene Beobachtungen und Überlegungen: zunächst fiel die Überraschung und Irritation auf, die die Patientin nach ihrer Erinnerung an das Bild der im intimen Gespräch im Bett vereinten Eltern zeigte. Die affektive Situation der Behandlung war nach diesem Einfall für einige Zeit von Ratlosigkeit und Verunsicherung eingefärbt. Weiter musste die ungewöhnlich ausgeprägte Form des Ekels in der Behandlung interpretiert und in einen Zusammenhang gestellt werden; auch hier schien mir die Mischung aus Widerwillen und faszinierter Teilnahme gut mit Phantasien über die Urszene vereinbar. Zuletzt wirkten die Besonderheiten im Verhalten der Patientin zu Beginn der Behandlung wie eine agierte Darstellung der Affekte, die die Patientin im Zusammenhang mit der Erfahrung des Ausschlusses aus der elterlichen Beziehung erlebt hatte. Überzeugung bekam diese These für mich aber erst, nachdem mir der besondere Charakter der Exklusivität, die die Patientin im Verhältnis zu mir einzurichten bemüht war, deutlicher geworden war – eine Ausschließlichkeit, die aktiv gegen die Verdrängung einer sehr potenten dritten Person gerichtet war.

Der pathogene Verlauf ließ sich rekonstruieren: das Erleben der mit dem Begriff der Urszene bezeichneten Wahrnehmungen, die Konfrontation mit der engen Beziehung der Eltern, ihrer körperlichen und geistigen Verbindung, die konsternierende Feststellung, dass die Mutter zu Zärtlichkeit und Zuneigung mit dem Vater, aber nicht mit ihr fähig war – dies alles erzeugte eine Ambivalenzkrise, die vom Kind nicht zu bewältigen war. Green (1997, S. 1207) spricht davon, dass „die Urszene ... in besonders traumatischer Form phantasiert wird, in der die Eltern in einem nicht enden wollenden Koitus vereint sind, was ein Gefühl von Wut und Ohnmacht erzeugt, wobei die Ohnmacht sowohl in dem Unvermögen zum Ausdruck kommt, in dieser Phantasie per Identifizierung mit einem der beiden Partner einen Platz für sich selbst zu finden, als auch im Unvermögen, die beiden zu trennen“. Dieses Erleben konnte nicht zur Lösung von der primären Mutter beitragen (s. Loch u. Jappe 1974, S. 12), sondern provozierte eine partielle affektive Erstarrung. Um die psychische Bewegungsfähigkeit zurück zu erlangen, mussten umfangreiche Abwehranstrengungen in Gang gesetzt werden. Es sei daran erinnert, dass in der Urszenensituation alle drei am Konflikt beteiligten Personen gleichzeitig anwesend sind: das Elternpaar als handelnde Personen, das Kind als Beobachter (Britton, 1989). Diese Beobachtung war für die

Patientin, wie sie mir in der Behandlung vermittelte, unerträglich und psychisch nicht zu bewältigen. Ich selbst musste für einige Zeit meine beobachtenden Fähigkeiten verlieren und mich ihrem Gebot, gemeinsam mit ihr nicht zu denken, unterwerfen.

Analog der Darstellung von Loch und Jappe (1974, S. 16) versuchte das kleine Mädchen die Ambivalenzeinstellung zur Mutter - Wut über ihren Verrat bei weiter bestehender emotionaler Abhängigkeit - durch Aufteilung auf die Eltern zu bewältigen: Sie vollzog eine erste Gefühlsübertragung, indem sie den Wutanteil ihrer Ambivalenz auf den Vater verschob. Mit mir wiederholte sie diesen Vorgang, als ihr im Behandlungsverlauf deutlich wurde, dass auch ich ein von ihr unabhängiges Leben führte. Der libidinöse Teil ihrer Ambivalenz der Mutter gegenüber wurde nun in einem unbewusst gehaltenen Reservat ihrer inneren Welt untergebracht, von wo aus in der Folge ausgewählte Personen beiderlei Geschlechts auf verdeckte Weise mit Wünschen nach verschmelzender Einheit besetzt wurden. „Eigentlich können wir auf nichts verzichten, wir vertauschen nur eines mit dem anderen“ (Freud, 1908, S. 215). Die Entwicklung der genitalen Sexualität blieb dabei auf der Strecke. Loewald hielt über Patienten dieser Art fest (1978, S. 395): „Das Leben selbst und vor allem individuelles Leben und Getrenntheit werden nicht als selbstverständlich betrachtet ... Es ist, als ob ... die neurotischen Konflikte ... verschwommene Spiegelungen, verstümmelte Widerklänge einer tiefen verzweifelten Suche wären, der diese Patienten in radikaler Weise verfallen sind. ... Sie scheinen unfähig oder unwillig, ... ihre Einseitigkeit aufzugeben und ... allmählich damit zurande zu kommen, indem sie komplexere Entwicklungen und zeitweilige Lösungen akzeptieren, die ... Verzichte mit sich bringen.“

Das Festhalten an den frühen symbiotischen Wünschen verhinderte den Genuss der ödipalen Möglichkeiten. Das Bearbeiten des phasenweise manifest und fast aufdringlich dargebotenen ödipalen Materials ermöglichte schließlich den Blick darauf, wie sehr die Patientin bemüht war, eine Festlegung zu vermeiden und Abstand sowohl von den frühen wie den ödipalen Wünschen zu halten. Sie bezog ihre Position außerhalb dieser Sinnzusammenhänge. Sie betrieb eine i. S. Vedders (2004) „passive Verweigerung“, eine Verleugnung ihrer Bedürfnisse und schuf eine Selbstvorstellung, nach der sie außerhalb der normalen Notwendigkeiten seelischen Funktionierens leben könnte, nicht in einer dritten Position, sondern in einer alles offen haltenden affektiven Lähmung und passiven Verweigerungseinstellung. Durch die Beschäftigung mit dem Agieren der Patientin und den bei mir ausgelösten Gegenübertragungsreaktionen

entstanden neue affektive Spielräume, die den Blick auf zentrale Bereiche des verdrängten inneren Geschehens öffneten und der Patientin die Möglichkeit gab, mit mir eine Liebes- und Verschmelzungseinheit zu inszenieren, die mich ein Gefühl für ihre abgewehrten Wünsche erleben ließ. Ich vermag nicht zu beurteilen, ob die Patientin den notwendigen Trauerprozeß vollziehen konnte, als ihr durch die Behandlung das Unerfüllbare vieler ihrer Wünsche gezeigt wurde. Vielleicht griff sie wieder zu ihrer Verleugnungstechnik, indem sie ein Stück Idealisierung an die Analyse heftete und sich durch Identifizierung mit der Methode und meiner Person als unverwundbar phantasierte. Aber vielleicht unterschätze ich sie auch.

Auf der manifesten und symptomatischen Ebene war die Patientin am Ende der Behandlung beruflich saturiert und finanziell unabhängig geworden. Mit ihrem Partner konnte sie offener umgehen und fürchtete nicht mehr, ihn zu verlieren, wenn sie ihm ihre Bedürfnisse mitteilte. Ihr Sprechen mit mir hatte sich von einem pseudo-sprachlosen Gestammel zu einem Dialog entwickelt, der Verständnisschwierigkeiten tolerieren konnte. Sie spürte neue Beziehungsqualitäten und konnte ihre Gefühlsblockade aufgeben. Anderes blieb schwierig: besonders eine Form der inneren Verkrampfung, die ich mit einem unzureichend gelösten Hass auf die Mutter in Verbindung brachte, wirkte weiter. Vielleicht war die Angst, mit dieser Form ihrer Destruktivität in näheren Kontakt zu kommen, ein - neben vielen guten anderen Gründen - wichtiger Faktor, der sie ein Ende der Behandlung wünschen und durchsetzen ließ. „Der gute Ausgang einer Analyse ... wird nicht ein für allemal erreicht, sondern bedarf fortgesetzter innerer Aktivität, und ... ist zum Zeitpunkt der tatsächlichen Beendigung der Analyse nicht unbedingt erkennbar.“ (Loewald, 1978, S. 390).

## Literatur

- Abraham, K (1924): Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: Abraham, K: Psychoanalytische Studien, Bd. 1, Psychosozial-Verlag, Gießen, 1999
- Britton, R (1989): Die fehlende Verbindung. In: Britton, R, Feldman, M, O’Shaughnessy, E (1998): Der Ödipus-Komplex in der Schule Melanie Kleins. Klett-Cotta, Stuttgart, 1998
- Britton, R (1995): Weitere Überlegungen zur dritten Position. In: Britton,



- R, Feldman, M, Steiner, J: Groll und Rache in der ödipalen Situation, S. 97-120. Edition diskord, Tübingen, 1997
- Fairbairn, W R D (1954): Über den Charakter hysterischer Zustände. In: Ders.: Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen, S. 205-236. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2000
- Feldman, M (1999): Projektive Identifizierung: Die Einbeziehung des Analytikers. *Psyche* 53, 991-1014
- Ferenczi, S (1924): Versuch einer Genitaltheorie. Int Psychoanal Verlag Wien
- Freud, S (1905d): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW Bd 5, S. 29-145
- Freud, S (1908a): Hysterische Phantasien und ihre Beziehungen zur Bisexualität, GW Bd 7, S 191-199
- Freud, S (1908e): Der Dichter und das Phantasieren, GW Bd 7, S 213-223
- Freud, S (1909c): Der Familienroman der Neurotiker, GW 7, S 227-231
- Freud, S (1914g): Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. GW 10, S. 126-136
- Freud, S (1915a): Bemerkungen über die Übertragungsliebe. GW 10, S. 306-321
- Freud, S (1916d): Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit. GW 10, S. 364-391
- Freud, S (1918b): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. GW 12, S. 27-157
- Freud, S (1921c): Massenpsychologie und Ich-Analyse. GW 13, S. 73-161
- Freud, S (1923b): Das Ich und das Es. GW 13, S. 237-289
- Freud, S (1924d): Der Untergang des Ödipuskomplexes. GW 13, S. 395-402
- Freud, S (1931b): Über die weibliche Sexualität. GW 14, S. 517-537
- Freud, S (1939a): Der Mann Moses und die monotheistische Religion. GW 16, S.103-246
- Freud, S (1940a): Abriß der Psychoanalyse. GW 17, S.63-138
- Green, A (1990): Geheime Verrücktheit. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2000
- Green, A (1999): Zur Universalität des Ödipuskomplexes in Anthropologie und Psychoanalyse. In: Gast, L, Körner, J (Hg.): Ödipales Denken in der Psychoanalyse. Edition Diskord, Tübingen, 1999

- Joseph, B (1985): Übertragung: Die Gesamtsituation.. In: Joseph, B (1994): Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Klein, M (1927): Frühstadien des Ödipuskomplexes. In: Dies: Frühstadien des Ödipuskomplexes. Fischer, Frankfurt, 1991
- Klein, M (1945): Der Ödipuskomplex im Lichte früher Ängste. In: Britton, R, Feldman, M, O'Shaughnessy, E (Hg): Der Ödipuskomplex in der Schule Melanie Kleins. Klett-Cotta, Stuttgart, 1998
- Laplanche, J (2008): Gender, Geschlecht, Sexuales. Forum Psychoanalyse 24, Heft 2, 2008
- Laplanche, J, Pontalis, J-B (1967): Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt/M, 1972
- Loch, W, Jappe, G (1974): Die Konstruktion der Wirklichkeit und die Phantasien. Psyche 28/1, S. 1 – 31
- Loewald, H W (1978): Das Dahinschwinden des Ödipuskomplexes. In: Loewald, HW: Psychoanalyse. Aufsätze aus den Jahren 1951-1979. Klett-Cotta, Stuttgart, 1986
- Money-Kyrle, R E (1956): Normale Gegenübertragung und mögliche Abweichungen. In: Spillius, E B (Hg. 1988): Melanie Klein heute. Bd. 2, 29-44. Stuttgart, Klett-Cotta 2002
- Ogden, T H (1987): Die ödipale Übergangsbeziehung in der Entwicklung der Frau. In: Ogden, T H: Frühe Formen des Erlebens. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2006
- Rupprecht-Schampera, U (1997): Das Konzept der „frühen Triangulierung“ als Schlüssel zu einem einheitlichen Modell der Hysterie. Psyche 51, Heft 7, S. 637-664
- Rosenfeld, H A (1971): Beitrag zur psychoanalytischen Theorie des Lebens- und Todestriebs aus klinischer Sicht: Eine Untersuchung der aggressiven Aspekte des Narzissmus. Psyche 25, 1971, S. 476-493
- Steiner, J (1993): Orte des seelischen Rückzugs. Kap. 11: Probleme der psa Technik. S. 191-211. Stuttgart, Klett-Cotta, 1998
- Steiner, J (1999): Der Kampf um Vorherrschaft in der ödipalen Situation. In: Weiß, H (Hg.): Ödipuskomplex und Symbolbildung. Edition diskord, 1999, Tübingen