

Wie wenn eine Mauer zwischen uns gewesen wäre. Nachträgliche Überlegungen zu Übertragung und Gegenübertragung in einer meiner ersten Therapien.¹

Falldarstellung vom 21. Mai 2016 am Daseinsanalytischen Seminar DaS

44 *Laurence Defago*

Einleitung

Frau B. kam am 13. August 2010 zu einer ersten Sitzung, nur drei Tage nachdem ich selber am 10. August begonnen hatte, als Psychologin/Psychotherapeutin bei einer delegierenden Psychiaterin in Fribourg zu arbeiten. Es handelt sich also um eine meiner ersten Patientinnen. Die Therapie wurde in französischer Sprache durchgeführt, die für uns beide die Muttersprache ist. Sie wurde erst vor kurzem wegen meiner Schwangerschaft unterbrochen. Ob Frau B. ihre Therapie fortsetzen wird, ist offen.

Ich habe die Falldarstellung dieser Patientin vor allem deshalb für die zweite schriftliche Arbeit gewählt, weil ich fand, der Verlauf der Therapie zeigte eine eindrückliche Entwicklung. Als ich jedoch meinen ersten Entwurf in die Supervision brachte, haben Alice Holzhey und ich schnell gemerkt, dass ich wie eine externe, fast teilnahmslose Beobachterin über diese Frau schrieb, und nicht als ihre Psychotherapeutin. Es wurde auch deutlich, wie schwer es mir fiel, ein lebendiges Bild von dieser Patientin zu zeichnen. Nach ein paar Wochen fragte ich mich deshalb, ob ich vielleicht eine andere Patientin für diese Seminararbeit wählen sollte. Dann aber merkte ich, dass diese Schreibweise mit einer erstaunlichen Klarheit widerspiegelte, was ich seit dem Anfang der Therapie spürte, nämlich dass eine „Mauer“ zwischen uns war. Damit machte es Sinn, doch über die Therapie dieser Patientin zu schreiben.

Diese Mauer war auch Ausdruck dafür, dass ich noch ganz am Anfang stand. Ich konnte kein lebendiges Bild der Patientin schildern, weil ich alles, was sie mir sagte, einfach aufschrieb wie eine Journalistin, ohne auf mein eigenes Gefühl zu achten. Ich gab also meiner eigenen Sichtweise gar keinen Platz in der Therapie, und das manifestierte sich nun auch darin, wie ich zuerst über diese Patientin schrieb. Ich merkte auch kaum, dass ihre Erzählungen viele Widersprüche und Unklarheiten enthielten, und übernahm sie darum in meine Schilderungen. Ich verstehe all das heute als eine Folge dieser Mauer zwischen uns, sowie als eine

1 Die Abfassung meiner Falldarstellung wurde von Alice Holzhey begleitet und die deutschsprachigen Mängel wurden am Schluss von ihr korrigiert, wofür ich ihr sehr danke.

Folge meiner eigenen Passivität aufgrund meiner Unsicherheit als Anfängerin.

45

An dieser Mauer zwischen uns änderte sich auch deshalb lange nichts, weil ich sie zwar spürte, aber nicht wirklich als ein Problem empfand. Bis vor ca. einem Jahr sind wir also nicht wirklich miteinander in Berührung gekommen. Dann aber wurden unsere Sitzungen viel lebendiger, weil ich für die Patientin plötzlich als Person Bedeutung bekam. Sie selber konnte im Sommer 2015 sagen, dass sie ein Empfinden von Existenz („sentiment d'exister“) gewonnen habe, womit ihr Leben zum ersten Mal *aufregend* wurde.

Damit hatte ich das Thema meiner Arbeit gefunden: nämlich anhand dieser Therapie die Thematik der Übertragung-Gegenübertragung in einer daseinsanalytischen Perspektive zu vertiefen.

1. Was ich mir von den ersten Sitzungen notiert habe

Vorbemerkungen

Frau B. ist bei Beginn der Therapie 42 Jahre alt; sie ist verheiratet und hat zwei Kinder von 12 und 15 Jahren. Ihr Beruf ist Radiologie-Technikerin. Sie beginnt die Therapie bei mir im August 2010. Es handelt sich um die Fortsetzung einer Therapie, die sie 2009 bei meiner Vorgängerin begonnen hatte.

Physische Erscheinung: Frau B. ist eine schlanke Frau von mittlerer Körpergröße, mit braunem Kraushaar, wenig oder gar nicht geschminkt. Zur ersten Sitzung trägt sie Jeans und ein Top.

Aus der ersten Sitzung: Mir fällt auf, dass sie sich auf den harten Stuhl und nicht auf den bequemeren Sessel setzt. Sie wirkt auf mich körperlich steif und ihre Bewegungen sind starr. Das gibt mir den Eindruck einer Frau mit einem starren Korsett („bridé“). Sie schweigt viel und starrt mich dauernd an. Ihre Stimme ist eintönig und zeigt keine Gefühle.

Sie beginnt mit dem Satz: „Es gibt viele Sachen, ich weiss nicht womit anfangen.“ Sie wolle die Therapie weitermachen, um wieder mehr Vertrauen zu sich selbst zu finden und um die Ängste und Befürchtungen nicht mehr spüren zu

46 müssen. Sie habe den Wunsch, „mit Lust“ leben zu können und nicht mehr vor Situationen zurückzuschrecken.

Konkret berichtet Frau B., sie habe 2009 ein „burnout“ gehabt („j'ai fait un burnout“). Sie sei davon tief betroffen und destabilisiert worden und habe an verschiedenen somatischen Symptomen (Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Übelkeit usw.) gelitten. Sie habe damals zu 80% als Radiologie-Technikerin gearbeitet und habe an jener Stelle auch nachts arbeiten müssen. Sie sei neun Monate lang krankgeschrieben gewesen. Seit dem Burnout sei sie „nicht mehr wie vorher“. Sie sei seither immer müde, und sie habe Mühe mit der Gestaltung des Tagesablaufs, sie sei ohne Willenskraft, sie habe ständig das Gefühl, unfähig zu sein und vieles falsch zu machen. Sie schlafe viel, denn das Schlafen erlaube ihr, sich den Anforderungen ihres Mannes und ihrer Kinder zu entziehen. Ihr „abnormaler“ Zustand wecke in ihr Traurigkeit, aber auch Wut und ein Ungerechtigkeitsgefühl. Sie beschreibt sich als jemanden, die vor dem „Burnout“ sehr dynamisch gewesen sei und die Hausarbeiten (Kinder betreuen, putzen, einkaufen usw.) auch neben ihrer Berufsarbeit gut habe erledigen können.

Frau B. erwähnt auch kurz gewisse Schwierigkeiten in ihrer Ehe (sie ist seit 17 Jahren verheiratet), und auch Probleme mit ihren Kindern, vor allem mit ihrer Tochter. Während langer Zeit hat sie aber das Thema der Beziehung zu ihrer Familie vermieden. Sie deutet zwar an, dass die Beziehung zu ihrem Ehemann unbefriedigend sei, beurteilt diese dann aber doch als „nicht zu schlecht“. Darin drückt sich ihre Angst aus, ihre (Familien-)Situation in Frage zu stellen.

Frau B. sagt zwar, sie spüre ein starkes Verlangen nach einer Lebensveränderung. Mir kommt es aber eher so vor, als wolle sie wieder „wie vorher sein“ – also vor dem Zusammenbruch. Zudem fällt mir auf, dass sie passiv eine Veränderung erwartet („j'attends que les choses arrivent“).

2. Die wichtigsten Themen

47

Burnout und erste Verliebtheit

Während der ersten zwei Jahre spricht Frau B. vor allem von ihrem sog. Burnout und dem Freund, den sie 2007 während einem Inline-Skating-Kurs kennengelernt hatte. Sie versucht auch immer wieder, die berufliche Erschöpfung von 2009 zu verstehen. Das andere Thema ist der Freund, in den sie sich verliebt hat. Diese Verliebtheit bringt sie in ein grosses Dilemma, weil sie unbedingt ihre Familie behalten will. Ihre Eltern, die seit fünfzig Jahren verheiratet sind, sind diesbezüglich ihr Vorbild. Sie sagt, sie fühle sich „wütend und schuldig, weil sie „seinem Charme erlegen sei“. Zugleich berichtet sie, wie sie sich an seiner Seite gelassen, ruhig und frei fühle: „Ich empfinde keine Angst mit ihm. Ich habe den Eindruck, bei ihm anerkannt zu sein, ohne eine Maske tragen zu müssen“. Seit fast fünf Jahren fixiere sie sich auf diese Erinnerungen, indem sie den Unfall und die Begegnungen mit ihrem Freund immer wieder in der Phantasie wiedererlebe, wie eine sehnsüchtige Träumerei. Einmal gibt sie die folgende Deutung: „Dieser Freund... es ist als ob ich vor mir selber geflohen wäre“. Im Januar 2013 sieht sie dann, welche positive Bedeutung dieser Mann für sie hatte: „Die Begegnung mit diesem Mann... es ist als ob er ein Spiegeleffekt war, indem er mir zeigte, dass ich überhaupt existiere.“

Kindheit

Ich habe nur wenig über die Kindheit von Frau B. erfahren. Sie erzählt davon nur, wenn ich sie frage. Sie hat zwei Brüder, der eine ist älter, der andere jünger als sie. Von ihrer Mutter habe ich kein deutliches Bild gewonnen. Einerseits schildert sie die Mutter als kritisch und urteilend ihr gegenüber; andererseits berichtet sie, dass die Mutter sie als das mittlere Kind („celle du milieu“) und als ihre einzige Tochter bevorzugt habe. Ihr Vater, heute im Ruhestand, war Lehrer im Dorf. Auch von ihm hat Frau B. nur wenig erzählt, ausser dass er sehr aktiv und sportlich sei, und dass sie stolz gewesen sei, wenn die Mutter jeweils gesagt habe, sie sei ähnlich wie der Vater. Dem Vater sei immer wichtig gewesen, was die anderen Dorfbewohner denken. Sich selber erwähnt sie als ein schüchternes Kind,

- 48 das vermieden habe, eigene Emotionen zu zeigen oder eigene Auffassungen zu vertreten. Sehr früh habe sie das Gefühl gehabt, sich an die Erwartungen und Anforderungen der Anderen anpassen zu müssen. Die Schulzeit scheint ohne Besonderheiten verlaufen zu sein. Nach der obligatorischen Schulzeit hat sie das Gymnasium besucht. In der Adoleszenz sei sie auch rebellisch gewesen – „wie alle Jugendlichen“.

Verhältnis zu Sohn und Tochter

Nach ca. zwei Jahren beginnt Frau B. zuerst mehr über ihr Verhältnis zu ihrem Sohn zu sprechen, und dann auch vom Verhältnis zu ihrer Tochter. Die Geburt ihres Sohnes sei zwar der schlimmste Tag in ihrem Leben gewesen, er sei dann aber ein angenehmes Kind gewesen, das ihr wenig Sorgen brachte. Ihre Beziehung zu ihm sei immer recht nah gewesen. Sie mache sich jetzt aber Sorgen über seine Zukunft (Berufsbildung als Gartengestalter) und über die Konsequenzen seines Cannabis-Konsums. Anfangs 2015 ist er aus der Wohnung der Eltern ausgezogen, um in einer Wohngemeinschaft zu wohnen. Mit der Tochter hingegen hat Frau B. grosse Schwierigkeiten. Sie sei schon enttäuscht gewesen, als sie erfahren habe, dass es ein Mädchen sei. Gemäss den Schilderungen ist die Tochter fordernd und aggressiv. Sie betitle die Mutter als Lügnerin oder fordere sie provokativ auf, ihre Tochter doch zu schlagen. Frau B. bezeichnet ihre Tochter ebenfalls als eine Lügnerin, zudem als manipulativ und als launisch, fügt dann solchen negativen Urteilen jedoch regelmässig hinzu, dass sie ihre Tochter liebe und dass sie darunter leide, ihr nicht helfen zu können. Sie könne ihr keine Grenzen setzen, weil diese von ihr keine Grenzen akzeptiere. Sie greife den Erwartungen ihrer Tochter häufig vor, um Streitereien zu vermeiden. Sie fühle sich völlig hilflos ihr gegenüber.

Aikido und zweite Verliebtheit

Bereits 2012 erwähnt Frau B. ihren alten Wunsch, einen Kampfsport zu lernen. Ende 2014 berichtet sie erfreut, dass sie jetzt mit Aikido angefangen habe. Dieser Sport erlaube ihr, ihre Ängste zu überschreiten, sich besser zu behaupten und ih-

ren Platz einzunehmen. Aikido ver helfe ihr auch zu einem inneren Gleichgewicht. Nun lernt sie im Aikido-Kurs wiederum einen Mann kennen, Tierarzt, reisefreudig, der nun auch wieder zum Gegenstand ihrer Träume wird. Er lebt allerdings mit einer Partnerin zusammen. Sie treffen sich einige Male ausserhalb des Trainings. Gemäss den Schilderungen von Frau B. würden sie dann stundenlang miteinander reden und sich mit Gefühlen von Zärtlichkeit wieder voneinander trennen. Frau B. spricht von „Freundschaft“. An seiner Seite habe sie das Gefühl, lebendig zu sein. Heute noch hofft sie, dass er sich von seiner Partnerin trennt, merkt aber, dass er das nicht will. Darum versucht sie jetzt, Distanz zu nehmen.

49

Zu Beginn des Jahres 2015 beginnt Frau B. endlich klarer über ihr Verhältnis zu ihrem Mann zu sprechen. Bis zu dieser Zeit hat sie auf meine Fragen bezüglich ihrer Ehe immer geantwortet, es gebe diesbezüglich „nichts Besonderes“ und dass sie sich an diese Beziehung „gewöhnt“ habe. Jetzt erfahre ich, dass sie ihn mit 20 Jahren kennen gelernt hat und sehr schnell von den Eltern weg zu ihm gezogen ist, um dann fünf Jahre später zu heiraten. Sie bezeichnet ihn als „charismatisch“, als einen Menschen, der leicht soziale Kontakte knüpfe, auch ein „Lebenskünstler“ sei, eine elegante Erscheinung, aber auch perfektionistisch. Zugleich aber wertet sie ihn sehr negativ: er sei wie ihre Tochter, nie zufrieden, und er finde immer etwas zu kritisieren. Er habe in der Ehe viel Platz eingenommen, sodass sie jahrelang hinter ihm „ein Schattendasein“ geführt habe. Jetzt gesteht sie sich und mir ein, dass sie unzufrieden ist mit diesem Mann, dass sie aber Schuldgefühle hat, wenn sie den Wunsch spürt, sich von ihm zu trennen. Mir fällt auf, dass sie sich sehr widersprüchlich über ihre Gefühle zu ihm äussert. So sagt sie beispielsweise „Ich liebe ihn trotzdem, er stört mich nicht“, um dann weinend zu realisieren, dass seine Anwesenheit unerträglich für sie geworden sei, und dass sie sich nie frei fühle, dass sie mit ihm nie „sich selber sein“ könne.

In dieser Zeit treten die alten Symptome aus der Zeit des Burnout (z.B. Schlafstörungen und Herzklopfen) wieder auf. Bereits Ende April 2015 entscheidet sie sich, sich von ihm zu trennen, ohne an diesem Entscheid zu zweifeln. Sie spricht mit ihm anfangs Mai über ihren Entschluss und schon Mitte Juni zieht sie „unge-

- 50 hindert“ mit ihrer Tochter in eine andere Wohnung in Fribourg um. Sie beschreibt ihr neues Leben als „aufregend“, weil sie sich endlich frei und lebendig fühle.

3. Anfang und Verlauf der Sitzungen

Frau B. kommt während fünf Jahren jeweils am Freitag um 14. 00 Uhr in die Therapie, meist wöchentlich, ausser während einigen Monaten, in denen sie nur zweimal monatlich kommen will. Im Juni 2014 wünscht sie, die Therapie zu beenden, weil sie das Burnout und die damit verbundenen Symptome überwunden habe. Sie fühle auch genug Selbstvertrauen, um mit den Schwierigkeiten selber fertig zu werden. Bereits im Dezember 2014 ruft mich Frau B. jedoch wieder an, weil sie zunehmend Schwierigkeiten mit ihrem Ehemann und ihrer Tochter habe.

Zum Anfang der Sitzungen

Seit dem Beginn der Therapie fängt jede Sitzung mit einer Höflichkeitsformel an. Wenn Frau B. auf dem Stuhl Platz genommen hat, frage ich nach einigen Sekunden: „Wie fühlen sie sich?“ („Comment vous sentez-vous?“) Jedes Mal antwortet sie: „Gut, und Sie?“. Jedes Mal antworte ich: „Gut, danke.“ Ich kann auf diese Höflichkeitsformel nicht verzichten, weil ich eine Erwartung von Frau B. spüre, dass ich das Gespräch anfangen solle. Ich fürchte, dass sie solange stillschweigend mich anstarren würde, bis ich mit meiner Frage das Gespräch eröffne. – Über lange Zeit folgt darauf meine zweite Frage: „Haben Sie für heute ein Thema?“ Obwohl Frau B. im Laufe der Therapie allmählich mehr erzählen kann, bleibt bei mir über lange Zeit der Eindruck, dass sie diese Frage braucht als Erlaubnis, auf ein Thema einzugehen. Seit fast zwei Jahren fängt Frau B. nun selber die Sitzung an. Ich sehe darin ein wichtiges Zeichen einer Veränderung: indem sie wagt, die Sitzung anzufangen, erlaubt sie sich, Platz einzunehmen. Doch es ist auch ein Zeichen für eine Veränderung meinerseits: Ich habe weniger Angst und kann jetzt warten, bis sie die Sitzung selber anfängt. Die Frage bleibt aber offen, ob ich mit meiner Angst nur ihre Angst anzufangen, übernommen habe, oder ob es meine

eigene Angst gewesen ist, die ihr nicht genug Raum und Zeit gelassen hat, um die Sitzung selber anzufangen.

51

Zum Verlauf der Gespräche

Jahrelang bin ich es gewohnt, ihr Fragen zu stellen, vor allem deswegen, weil Frau B. von sich her wenig spricht, und ich es als Anfängerin schlecht aushalte, dann ebenfalls zu warten und das Schweigen auszuhalten. Wie schon in der Einleitung erwähnt, hat Frau B. nicht nur viel geschwiegen, sondern ihre ganze Haltung war meist bewegungslos starr und vor allem ihr Blick blieb starr auf mich gerichtet.

Während vieler Sitzungen hat sie nur verglichen, wie sie vor dem Burnout gewesen sei und wie sie jetzt sei. Sie hat stereotyp die gleichen Erlebnisse wiederholt, mit den gleichen Worten in der gleichen Stimmung. Es ist mir aber nicht wie ein depressives Klagen vorgekommen, sondern eher wie ein Kreisen um das Rätsel, dass ihr so etwas wie ein Burnout passieren konnte. Wenn sie die Fragen nach den Gründen des „Burnout“ an mich gerichtet hat, so entspricht das ihrer damals passiven Haltung, die von mir die Antwort erwartet. Sie sagt immer wieder, sie brauche Orientierung in der Gestaltung ihres Lebens. Meist bin ich dabei nicht unter Druck gekommen, Erklärungen zu geben, sondern wir haben gemeinsam über mögliche Gründe der Veränderung gesprochen.

Anders habe ich es erlebt, wenn sie von mir Ratschläge über die Erziehung ihrer Kinder gewünscht hat. Ich habe mich dann jeweils ohnmächtig, hilflos und inadäquat gefühlt. Ich habe darum versucht, ihre Fragen zurückzugeben, indem ich sie gefragt habe, wie sie sich in Bezug auf ihre Kinder fühle. Das Thema Kinder hat aber dazu geführt, dass ich mich oft vor Sitzungen mit Frau B. unter Druck gefühlt und auch gefürchtet habe, dass sie heute wieder über die Erziehung ihrer Kinder sprechen werde.

Über die „Mauer“ als langdauerndes Merkmal unserer Beziehung

Ich habe bereits in der Einleitung von der „Mauer“ gesprochen, die bis vor einem Jahr zwischen uns bestanden hat. Diese Mauer hat verhindert, dass wir persön-

52 lich miteinander in Kontakt gekommen sind und dass eine wirkliche gegenseitige Begegnung stattgefunden hat. Ich habe mich immer bemüht, das Gespräch durch meine Fragen in Gang zu halten. Was ich bis jetzt über das Setting, das Ritual am Anfang und den typischen Verlauf der Stunden gesagt habe, demonstriert im Ganzen, dass eine Mauer uns getrennt hat und dass über diese Mauer hinweg nur ein sachliches Gespräch möglich war.

Das „Verschwinden“ der Mauer fällt zeitlich zusammen mit dem Entschluss, sich von ihrem Mann zu trennen. Seither ist ihre Stimme viel lebendiger geworden, mit verschiedenen Töne und Tempos. Ihre Haltung ist auch verändert, indem sie sich bewegt (sie spricht zum Beispiel mit den Händen), statt bewegungslos dazusitzen. Ihr Blick ist auch lebendiger geworden, und wenn sie ab und zu noch starr und anhaltend zu blicken scheint, spüre ich darin weniger Erwartungen an mich als eine Weise, in sich zurückzukehren und über sich selber nachzudenken.

Das Hauptthema „Übertragung und Gegenübertragung“ ist schon in diesen Schilderungen indirekt zur Sprache gekommen. Im Folgenden will ich versuchen, es daseinsanalytisch anzugehen.

4. Daseinsanalytische Überlegungen zum Übertragungscharakter unserer Beziehung

Alice Holzhey hat im Seminar vom 12. Dezember 15 vorgeschlagen, zwischen drei Dimensionen der Übertragung zu unterscheiden, statt die eine von ihnen einseitig zu favorisieren. Ich möchte diesen Vorschlag aufnehmen und im Folgenden die Eigenart unserer Beziehung, die ich im Folgenden als „Mauer-Beziehung“ bezeichne, als eine Übertragungsbeziehung verstehen und dabei auf die drei Dimensionen achten.

Die drei Dimensionen sind:

- die von Freud herausgestellte „klassische“ Übertragungsbeziehung zwischen dem abstinenten Analytiker und dem „übertragenden“ Patienten;
- die von der intersubjektiven Psychoanalyse ins Zentrum gestellte Gegenseitig-

keit der Übertragung, die dazu führt, dass Analytiker und Analysand immer gemeinsam die Übertragung herstellen (sogenannte „Ko-Konstruktion“ nach Michael Ermann);

- die von A. Holzhey herausgestellte Übertragung der ontologischen Erfahrung der Andersheit des Anderen auf den (abstinenten) Analytiker.

Zu Dimension 1: „klassische“ Übertragung von frühen Beziehungserfahrungen auf den abstinenten Therapeuten (Freud) oder „zweckrationale“ Beziehung zwischen Fachperson und Klient?

Wie lässt sich der Übertragungscharakter unserer „Mauer-Beziehung“ im Sinne der klassischen Psychoanalyse interpretieren? Zwei Varianten der Deutung sind möglich:

Entweder kann man darin eine sogenannte „Vater-Übertragung“ sehen; oder man kann verneinen, dass hier überhaupt eine typische Übertragung im Sinne Freuds stattgefunden hat, und gleichwohl eine Art von „Vater-Übertragung“ sehen, die aber nicht aus der Kindheit stammt, sondern aus der heute in Medizin und Psychiatrie herrschenden Vorstellung einer „zweckrationalen“ Beziehung zwischen einer medizinisch-psychologischen Fachperson und einer Klientin, die eine fachkundige Behandlung sucht und sich einer Fachperson zur Behandlung anvertraut.

Beginnen wir mit der ersten Variante, der „Vater-Übertragung“

Es scheint mir wichtig, das Verhältnis von Frau B. zu ihrer eigenen Vergangenheit *im Ganzen* zu betrachten. Sie sagt, sie habe nicht viele Erinnerungen an ihre Kindheit und ihre Herkunftsfamilie. Will ich etwas über ihre Vergangenheit erfahren, muss ich immer nachfragen, sogar insistieren. Ihre Kindheit ist für sie kein Thema, und wenn sie etwas erzählt, dann betrifft es immer nur sie selber, kaum ihre Eltern, Grosseltern oder Brüder. Dazu passt, dass sie seit dem Anfang der Therapie betont, sie wolle sich selber endlich finden, sich selber kennen lernen. Es kann also sein, dass sie gemeint hat, es mache darum keinen Sinn, von den anderen Mitgliedern ihrer Familie zu reden.

54 Doch der Mangel an Erinnerungen und das Desinteresse an ihrer Kindheit kann auch den Sinn gehabt haben, das Bild einer Familie ohne Probleme zu bewahren. Diesbezüglich ist wichtig, dass ihr Vater der Lehrer im Dorf war und er darum von seinen drei Kindern verlangte, „Musterkinder“ zu sein. Dieses gute Bild, das die Familie im Dorf abgeben sollte, hat die Patientin auch mir vermitteln wollen. Erst nach vier Jahren Therapie erzählt sie mir nebenbei, dass ihr jüngerer Bruder homosexuell sei. Ich vermute, dass dieses „Versäumnis“ damit zu tun hat, dass die Eltern darauf mit Scham reagiert haben. Ob das stimmt, bleibt aber offen, weil Frau B. sagte, die Nachricht habe in der Familie keine besondere Reaktion hervorgerufen.

Freud geht davon aus, dass die Übertragung „notwendig zustande kommt“ (1912, S. 363), und „dass eben nicht nur die bewußten Erwartungsvorstellungen, sondern auch die zurückgehaltenen oder unbewußten diese Übertragung hergestellt haben“ (S. 364). Bettighofer (2010, S. 15) fasst Freuds Auffassung von Übertragung so zusammen: „Der Patient überträgt seine introjizierten frühen Objekterfahrungen auf den Analytiker und wiederholt sie in der Beziehung mit ihm, anstatt sie als Erinnerung zu reproduzieren.“

Es liegt also nahe, bei Frau B. an eine *Vater-Übertragung* zu denken. So wie Frau B. in ihrer Kindheit ein *Musterkind* sein sollte und wollte, um zum Bild einer makellosen Familie beizutragen, so hat sie sich mir gegenüber als eine *Musterpatientin* verhalten. Wenn ich für sie den Vater repräsentiere, dann wird auch verständlich, dass sie möglichst nur über sich selber und nur selten über ihre Eltern und Brüder spricht – eben weil diese makellos bleiben sollen. Auf diese Weise will sie es dem Vater recht machen und ihm noch heute gefallen.

Frau B. sagte auch oft: „Ich bin weniger wert als die Anderen.“ Das könnte man so verstehen, dass ihr das gute Bild der Familie *im Ganzen* viel wichtiger und wertvoller erschienen ist als sie selber als Individuum. Hätte sie sich erlaubt, die Familie zu kritisieren, dann hätte sie sich selber als Individuum zu viel Wert gegeben.

Für eine Vater-Übertragung in der Therapie spricht, dass ich den Eindruck habe, dass es keine wirklich nahe Beziehung zwischen Vater und Tochter gegeben hat – dass also auch zwischen ihnen eine Mauer bestanden hat. Zugleich scheint Frau

B. ihren Vater bewundert zu haben und sie schien es gerne zu hören, wenn die Mutter ihr immer wieder gesagt haben soll, sie sehe dem Vater ähnlich.

55

Zur zweiten Variante einer „zweckrationalen Übertragung“

Für diese Variante spricht, dass sie in mir vor allem die Fachperson gesehen hat. Wenn ich dies als eine „zweckrationale Übertragung“ bezeichne, beziehe ich mich auf die Ausführungen von Alice Holzhey in ihrem Buch *Das Subjekt in der Kur* (2002) zum heute öffentlich herrschenden Bild von Psychotherapie. Psychotherapie wird heute als „wissenschaftliche Heilbehandlung“ definiert, die der wissenschaftlichen Rationalität verpflichtet ist. Wie der Arzt wird nun auch die psychologische Psychotherapeutin zur Expertin für die Behandlung seelischer Krankheiten. Sie bietet diese Dienstleistung an, und die Patientin wird zur Kundin, die diese Dienstleistung in Anspruch nimmt. Dadurch wird die Beziehung versachlicht, sie wird zum blossen „Arbeitsbündnis“, das einer möglichst wirkungsvollen Behandlung der vorliegenden „Störung“ dient.

Vieles spricht dafür, dass Frau B. unsere Therapie so verstanden hat. Darum ihr Kreisen um das Burnout und die Erwartung, ich werde sie über dessen Ursache aufklären. Darum auch ihre passive Haltung, ihr häufiges Schweigen, ihr Warten darauf, dass ich die Führung des Gesprächs übernehme. Hier muss man auch unbedingt die Rolle der delegierenden Psychiaterin mitbedenken, sowie auch die Rolle meiner Vorgängerin, die Frau B. gesagt haben soll, dass sie vermutlich nie wieder wie vorher sein werde, und dass sie mit ihren Symptomen leben lernen müsse.

Doch auch ich habe zweifellos dazu beigetragen, dass unsere Beziehung jahrelang auf ein zweckrationales Arbeitsbündnis reduziert geblieben ist, habe ich mich doch selber während Jahren wie eine anonyme Fachperson verhalten, die jedes Mal am Anfang der Sitzungen dieselben Fragen stellte, nämlich wie sie sich heute fühle und ob sie für diese Sitzung ein bestimmtes Thema habe. Man könnte auch von einem „Mitagieren“ meinerseits sprechen, weil ich die Rolle, die sie mir zugeschoben hat, angenommen habe. Allerdings kommt es mir nachträglich so vor, dass mir diese Patientin diese Form der „Abstinenz“ geradezu aufgezwungen

56 hat. Sie hat mir ständig signalisiert, dass ich weder ihr Bild einer problemlosen Kindheit noch ihrer eigenen Ehe in Frage stellen dürfe. Heute bedaure ich, dass ich mir während der Therapie die Zeit nicht wirklich genommen habe, um über die Eigenart unserer Beziehung hinsichtlich Übertragung und Gegenübertragung nachzudenken.

Auch die Tatsache, dass Frau B. nie über meine Vorgängerin gesprochen hat (z. B., ob es schwierig war, zu mir zu wechseln, ob sie die Stunden mit ihr vermisst usw.), spricht für diese Art von Übertragung. Für sie scheint die Therapie eine Behandlung gewesen zu sein, in der die Psychologinnen auswechselbar sind. Vermutlich hat auch hier die delegierende Psychiaterin eine wichtige Rolle gespielt, indem sie den Wechsel als etwas Unproblematisches hingestellt hat, das eine Therapie nicht behindert. Allerdings habe auch ich es verpasst, dieses Thema aufzugreifen und Frau B. diesbezüglich Fragen zu stellen.

Mein Fazit zu Dimension 1

Ich halte die zweite Variante für wahrscheinlicher als die erste. Ich sollte eine anonyme Fachperson bleiben, die durch eine Mauer von ihr getrennt bleibt, damit sie das Bild der guten Familie erhalten kann und wichtige Teile ihrer Geschichte nicht angetastet werden.

Diese Mauer-Übertragung hat auch dem Schutz ihrer eigenen Ehe gedient. Frau B. hat viele Jahre gebraucht, um endlich offen über die Beziehung zu ihrem Mann zu sprechen. Es ist mir zwar immer aufgefallen, dass die Ehe kein Thema war, aber wenn ich genauer nachfragte, wehrte sie dies immer sofort ab, indem sie sagte: „es geht“, „nichts Besonderes“ („ça va“, „rien de spécial“). Zugleich hat sie immer bewundernd von ihren Eltern gesprochen, die seit fast fünfzig Jahren verheiratet seien. Nachträglich vermute ich, dass das ständige Kreisen um das Burnout und die erste Verliebtheit den Sinn gehabt hat, von ihren Eheproblemen abzulenken. Nun habe ich zwar schon bemerkt, dass ihre Verliebtheit ein Anzeichen dafür war, dass mit ihrer Ehe etwas nicht stimmte, ich habe es aber nicht angesprochen, weil sie immer so stark betont hat, ihre Ehe sei „in Ordnung“.

Zu Dimension 2: Übertragung im Sinne der intersubjektiven Psychoanalyse als „Ko-Konstruktion“ (Ermann) von Patient und Therapeut

Ich möchte von der Frage ausgehen, ob die Mauer eine „Ko-Konstruktion“ von Frau B. und mir gewesen ist. Das würde heissen, dass die Mauer uns beiden als Schutz vor einer persönlichen Begegnung gedient hat. So gesehen haben wir beide die Mauer gebraucht, weil wir uns beide voreinander gefürchtet haben und weil wir uns beide gegenseitig schonen wollten und auch jede sich auch selbst dadurch schonen wollte. – Dann werde ich diskutieren, wie weit unsere Gespräche über ihre Tochter sowie der Wandel in der Art, wie Frau B. von ihrer Ehe gesprochen hat, Beispiele dafür sind, dass wir beide die Mauer zwischen uns zunehmend weniger gebraucht haben.

Warum wir beide ein Interesse an der Mauer zwischen uns hatten

Nach Ermann (2014, S. 50) wird die Art, wie der Patient dem Therapeuten begegnet, immer auch „durch die Subjektivität des Therapeuten mitgestaltet“. Wenn das stimmt, dann war die Mauer also auch von mir mitbewirkt, wenn auch nicht absichtlich. Inwiefern habe ich dazu beigetragen?

Zuerst einmal war ich Anfängerin. Ich war deshalb schüchtern und wagte kaum, aktiv zu sein. Ich wollte es „gut machen“, wollte Frau B. keinesfalls provozieren oder gar brüskieren. Ich wollte respektvoll sein, mich ihrem Tempo anpassen. Zugleich war ich sicher auch meinerseits distanziert, weil ich die „Mauer“ von ihr her spürte. Nachträglich kann ich vermuten, dass Frau B. meine freundliche Distanziertheit gebraucht hat, denn sie ist immerhin 5 Jahre lang regelmässig in die Therapie gekommen.

Die Frage bleibt jedoch, ob meine Haltung die Therapie auch verzögert und die Entwicklung gehemmt hat. Hätte Frau B. vielleicht eher eine Therapeutin gebraucht, die sie mehr mit ihrer eigenen Distanziertheit konfrontiert hätte? Tatsächlich hat mich ihre Distanziertheit eher eingeschüchtert, ich habe mich jedes Mal ängstlich gefragt, ob sie wohl kommen wird und was ihr diese Sitzungen

58 eigentlich bringen. Ich habe mich oft mit meiner Vorgängerin verglichen, bei der Frau B. vorher während zwei Jahren in Therapie war, und habe mir vorgestellt, diese sei viel erfahrener gewesen. Zugleich habe ich immer gehofft, dass Frau B. meine Unsicherheit ihr gegenüber nicht bemerkt.

Von daher ist es gut möglich, dass Frau B. meine Unsicherheit ‚unbewusst‘ wahrgenommen hat und mich durch ihre Zurückhaltung ebenfalls hat schonen wollen. Eventuell hat sie es darum vermieden, mir je zu sagen, wie sie mich erlebt, und sicher hat sie auch bemerkt, dass ich selber sie nie danach gefragt habe. Vielleicht hat sie also nie etwas Negatives gesagt über mich oder auch über die Therapie, um mich nicht zu verletzen.

Ist diese Gegenseitigkeit der Schon-Haltung in intersubjektiver Sicht sogar etwas Positives, weil keine von uns beiden erfahrener oder kompetenter gewesen ist als die Andere und also die Asymmetrie aufgehoben war? Dieser Schluss wäre wohl ein Missverständnis, betont doch Ermann, dass in der therapeutischen Beziehung zwar Patient und Therapeut „gleichwertig“, aber nicht „gleichrangig“ seien.

Andererseits vermute ich doch, dass Frau B. in meiner freundlichen und zugleich distanziert-sachlichen Art, ihr zu begegnen, Unterstützung und Halt gefunden hat. Ich vermute, dass es für sie hilfreich gewesen ist, dass ich sie nie beurteilt, nie kritisiert habe, dass ich ihr immer aufmerksam zugehört habe und ihr also den Raum gegeben habe, um herauszufinden, was sie selber fühlt und was sie eigentlich selber will. Dadurch hat sie vermutlich erfahren können, dass es in der Therapie nicht darum geht, sich den Erwartungen der Therapeutin anzupassen, wie sie dies beim Vater und beim Ehemann immer getan hat.

Veränderungen meines „Mauer-Gefühls“ bei zwei speziellen Gesprächsthemen
Das erste Thema betrifft die Beziehung zu den Kindern, vor allem zur Tochter. Frau B. hat mich diesbezüglich oft um Rat gefragt. Ich habe schon erwähnt, dass ich vor den Sitzungen oft Angst davor gehabt habe, dass sie wieder mit diesem Thema anfängt. Ich glaube, dass es gut gewesen ist, dass ich hier nicht „abstinert“ (das heisst undurchsichtig wie eine Spiegelplatte im Sinne Freuds) geblieben bin,

sondern ihr gesagt habe, dass ich selber keine Kinder und also auch keine Erfahrung mit Kindern habe, und dass ich sie nur mit meinem theoretischen Wissen unterstützen könne. Zugleich habe ich ihr oft gesagt, ich sei überzeugt, dass sie selber die „richtige Antwort für sich und ihre Kinder“ finden werde. Ich glaube, dass es Frau B. entlastet hat zu wissen, dass ich (noch) keine Kinder habe. Dank dem hat sie sich nicht mit mir vergleichen und minderwertig fühlen müssen, wie es ihr mit anderen Müttern ständig passiert ist. In Bezug auf die Kinder hat sie sich mir gegenüber trotz ihrer Unsicherheit also „erfahrener“ und „kompetenter“ fühlen können. Deshalb habe ich hier das Gespräch auch persönlicher erlebt, mehr als einen gegenseitigen Dialog von zwei ebenbürtigen Gesprächspartnerinnen, die beide gleichviel respektive gleichwenig wissen.

Das zweite Thema betrifft die Beziehung zu ihrem Mann. Ich habe bereits geschildert, dass Frau B. sehr lange nicht offen und ehrlich über ihre Ehe gesprochen hat. Sie hat also diesbezüglich ganz konkret eine Mauer zwischen uns aufgebaut. Wenn ich mit genauerem Nachfragen versucht habe, hinter die Mauer zu schauen, ist sie immer ausgewichen. Das hat sich erst im letzten Jahr der Therapie geändert. Wenn sie in dieser Zeit von ihrer Ehe gesprochen hat, ist für mich die „Mauer“ kaum mehr spürbar gewesen. Eines Tages bringt sie mir sogar einen Brief in die Sitzung mit, der an ihren Mann gerichtet ist und den sie mir zeigen will, bevor sie ihn ihrem Mann gibt. In diesem Brief sagt sie ihrem Mann schonungslos, wie negativ und einschränkend sie die Zeit mit ihm in der Ehe erlebt hat.

Die Gespräche haben hier also eine ganz andere Qualität bekommen. In dieser Zeit habe ich sie einmal ganz direkt auf die „Mauer“ angesprochen: „Während Jahren hatte ich den Eindruck, dass so etwas wie eine Mauer zwischen uns stand, hatten sie auch so ein Gefühl?“ Darauf hat sie spontan geantwortet: „Ja, diese Mauer drückt aus, wie ich mich während zwanzig Jahren mit meinem Mann gefühlt habe.“

Frau B. fühlt sich also, was das „Mauer-Gefühl“ angeht, nicht an ihre Kindheit erinnert, sondern an ihre eigene Ehe. Und darum ist auch die Mauer zwischen uns in dem Moment nicht mehr nötig gewesen, als sie sich stark genug gefühlt hat, sich selber und auch mir in der Therapie die Wahrheit bezüglich ihrer Ehe

- 60 und bezüglich ihrer Gefühle zu ihrem Mann einzugestehen und offen und ehrlich darüber mit mir zu sprechen.

Nun möchte ich noch zwei andere Punkte erwähnen im Zusammenhang mit der intersubjektiven Auffassung von Übertragung. Der erste Punkt betrifft den „Höflichkeitsaustausch“ am Anfang der Sitzungen, wie ich ihn bereits beschrieben habe. Dieser Höflichkeitsaustausch hat nur mit dieser Patientin stattgefunden. Und über lange Zeit hat es sich dabei nur um freundliche Höflichkeitsfloskeln gehandelt, als Einstieg in die Behandlung. Sie waren also nur ein Ausdruck der Mauer zwischen uns.

Nun hat sich der Anfang der Sitzungen in den letzten Monaten der Therapie stark verändert, sodass wir plötzlich nicht mehr nur formelhafte Höflichkeiten ausgetauscht haben. Bevor wir uns gesetzt haben, haben wir miteinander „über alles und nichts“ gesprochen, wie zum Beispiel über das Wetter, oder ob sie heute frei hat, und in den letzten Sitzungen auch darüber, ob es mir mit meiner Schwangerschaft gut geht. Der Anfang ist also viel persönlicher geworden, wie zwischen guten Bekannten, die sich gegenseitig ein wenig austauschen. Das heisst, dass auch ich mich hier persönlicher gezeigt habe.

Der zweite Punkt betrifft die Frage „Warum-denn-eigentlich-nicht“, die Medard Boss als das „Herzstück“ einer daseinsanalytischen Psychotherapie bezeichnet hat (1971, S. 564). Ich habe diese Frage in dieser Therapie oft gestellt, zum Beispiel dann, wenn Frau B. von ihrer übertriebenen Vorstellung gesprochen hat, den Haushalt in möglichst kurzer Zeit zu erledigen, und von ihrem mangelnden Mut, einmal nur einen Teil des Haushaltes zu erledigen und anderes auf später zu verschieben; oder als sie vorsichtig ihren Wunsch erwähnt hat, Aikido anzufangen, oder ganz allein eine Reise zu unternehmen. Damit bin ich in gewissem Sinne auch aus der Abstinenzhaltung herausgetreten: statt nur zu fragen oder zu deuten, habe ich sie ermuntert, habe ihr gleichsam die Erlaubnis gegeben für etwas, das sie noch nicht selber zu tun wagte. Ich habe mich also nicht ihr gegenüber oder gar über sie gestellt, sondern an ihre Seite.

Nun hat Alice Holzhey im Seminar vom 12. Dezember 2015 Medard Boss als einen wichtigen Vorläufer der intersubjektiven Wende in der Psychoanalyse bezeichnet. Ich glaube, dass gerade die „Warum-denn-eigentlich-nicht“-Frage ein wichtiger Ausdruck dieser „Wende“ ist, und ein anderes, neues Verständnis der therapeutischen Beziehung zum Ausdruck bringt. Mit diesen Warum-nicht-Fragen habe ich – so vermute ich jedenfalls – mitgeholfen, die Mauer zwischen uns abzubauen.

61

Zu Dimension 3: Übertragung der ontologischen Erfahrung der Andersheit des Anderen auf den (abstinenten) Analytiker

Die Daseinsanalyse von A. Holzhey geht davon aus, dass auch „die mitmenschlichen Beziehungen *ontisch-ontologisch doppeldeutig* sind“ (vgl. 2014, S. 228). Das heisst, „dass dieser konkrete Andere, mit dem ich eine Beziehung habe, überhaupt und grundsätzlich auch ein Anderer ist, der sich aufgrund seiner Andersheit meiner Kenntnis, Macht und Kontrolle immer auch entzieht“ (ebd.).

Das hat Konsequenzen für das Verständnis der Übertragung. Auch hier sollte man auf eine ontologische Dimension achten. Man sollte darauf achten, dass der Analytiker für den Patienten immer auch den „Anderen als Anderen“ repräsentiert. Das ist schon deshalb wichtig, weil wir ja davon ausgehen, dass Patienten in der Regel besonders „hellhörig“ sind für die ontologische Dimension von Beziehungen.

Um diese ontologische Dimension zu benennen, übernimmt Holzhey Sartres Formulierung aus *Das Sein und das Nichts* für den grundlegenden Bezug zum Anderen, nämlich „Für-Andere“ zu sein („être-pour-Autruï“; vgl. Sartre, 2007, S. 203 ff.). Dass der Patient „für“ den Analytiker der Andere ist, heisst, dass er in seinem Blick steht, ohne diesen Blick kontrollieren zu können und ohne auch nur wissen zu können, wie er gesehen wird. Sartre schreibt dazu: „Der Andere erblickt mich und besitzt als solcher das Geheimnis meines Seins“ (Sartre, 2007, S. 636). In dieser Situation, „für“ den Anderen zu sein, befindet sich aber nicht nur der Patient, sondern auch der Therapeut: auch er oder sie ist dem Blick des Patienten ausgesetzt, ohne Macht über diesen Blick zu haben.

62 Ich möchte im Folgenden versuchen, die „Mauer“ zwischen Frau B. und mir ontologisch zu verstehen, und dabei drei Punkte herausstellen.

Die Mauer als Schutz vor der „Angst“

Ontologisch betrachtet hat die Mauer zwischen uns die Funktion gehabt, vor der *Angst* zu schützen. Denn Frau B. ist vermutlich *hellhörig* dafür gewesen, dass ich nicht nur eine Fachperson bin und auch nicht nur diese individuelle Person namens Frau Defago, sondern dass ich zugleich auch „die Andere“ bin in ihrer puren Andersheit. Nun ist es wichtig, die „Angst“ nicht mit der „Furcht“ zu verwechseln. Frau B. hat sich vermutlich auch davor *gefürchtet*, was ich konkret von ihr denken könnte. Die „Angst“ ist hingegen nicht darauf bezogen, „wie“ der Andere mich sieht und „wie“ er sich zu mir einstellt, sondern dass ich seinem Blick überhaupt ausgesetzt bin und nicht wissen kann, wie er mich sieht. – Die Mauer war für Frau B. vermutlich auch eine Schutzmauer gegen die Angst, und hatte also auch eine ontologische Abwehrfunktion.

Aber was bedeuten ihre rigide Haltung und ihr starrer Blick, die über Jahre unverändert geblieben sind? Muss man in ihnen eventuell auch Manifestationen der Angst sehen? Könnte es sein, dass Frau B. so hellhörig gewesen ist für meine „Andersheit“, dass die Angst vor mir sie wie gelähmt hat? Oder ist diese Bewegungslosigkeit und Starre ein Versuch, sich möglichst nicht zu zeigen und so vor meinem negativen Urteil geschützt zu sein?

Die Hellhörigkeit von Frau B. würde die Tatsache betreffen, dass sie dem Blick der Therapeutin, den sie nicht kontrollieren kann, schutzlos ausgesetzt ist. Es würde auch heißen, dass sie aufgrund ihrer Hellhörigkeit erfahren hat, dass die Therapeutin frei ist, wie sie sie sehen will. Dieser „ontologischen“ Macht der Therapeutin als der Anderen ausgesetzt zu sein, ist für hellhörige Menschen eine „unheimliche“ Erfahrung. Dies kann verständlich machen, dass Frau B. eine Mauer zwischen sich und mir gebraucht hat. Wie oben kurz erwähnt, ist immer auch die Therapeutin dem Blick der Patientin als der „Anderen“ ausgesetzt. Deshalb kann man annehmen, dass die Mauer zwischen uns eine gegenseitige

ge Schutzfunktion gehabt hat. Nur ist die Therapeutin dem Blick der Patientin weniger schutzlos ausgesetzt, weil sie nicht über sich selbst spricht, während die Patientin sich mit ihrem Leben und Leiden exponiert. Aber in meiner früher erwähnten Furcht, Frau B. könnte meine Unsicherheit als Anfängerin bemerken, kann man auch die Angst vor ihrem Blick überhaupt sehen, über den ich keine Macht habe.

63

Die Mauer als Schutz vor der (ontologischen) Scham

Ich habe bereits erwähnt, dass sich Frau B. davor gefürchtet hat, wie die anderen sie sehen und was sie von ihr denken. Das heisst, dass sie sehr anfällig gewesen ist für das Gefühl ontischer Scham. Schon in ihrer Kindheit war der Blick der anderen wichtig, nämlich der Blick der anderen Dorfbewohner, weil der Vater deren Urteil über alles gestellt hat. Später ist es der Blick ihres Ehemannes, ihrer Arbeitskolleginnen und Kollegen, und vor allem auch der Blick der anderen Mütter. Um Scham zu vermeiden, hat Frau B. viel gemacht, nämlich sich wenn immer möglich an die (vermuteten) Erwartungen der anderen angepasst. Sie hat immer wieder erzählt, dass sie sich traurig und ängstlich fühle, wenn sie denke, andere könnten sie negativ bewerten und denken, dass sie nicht fähig sei, entweder ihre berufliche Arbeit oder die Hausarbeit gut zu machen, ihre Kinder „richtig“ zu erziehen, oder einfach nur ein „genügendes interessantes Gespräch“ mit Arbeitskolleginnen zu haben. Aus dieser Ängstlichkeit vor dem negativen Urteil von konkreten anderen Menschen schliesse ich auf eine besondere *Hellhörigkeit* der Patientin für die ontologische Tatsache, unvermeidlich im Blick des Anderen (als Anderen) zu stehen.

Die ontologische Tatsache, als Mensch immer im Blick des Anderen zu leben, ist uns ursprünglich in der (ontologischen) Scham erschlossen. Die Mauer sollte darum vermutlich auch vor der ontologischen Scham schützen. Frau B. hat vermutlich aufgrund ihrer Hellhörigkeit gespürt, dass jeder andere (als „Anderer“) Dinge an ihr wahrnehmen kann, die ihr selber nicht bewusst sind und also mehr weiss über sie als sie selber. Sie hat zwar an konkret-ontischer Scham gelitten,

64 aber in diesen übertriebenen Schamgefühlen verbirgt sich meist und also wohl auch bei Frau B. die ontologische Scham.

Die Mauer, die zwischen uns bestanden hat, kann also auch die Funktion gehabt haben, sie vor Schamerfahrungen in der Therapie zu schützen. Frau B. hat zwar nur von ihren konkreten Schamgefühlen ausserhalb der Therapie erzählt, aber nie etwas davon gesagt, dass sie sich auch mir gegenüber schäme, oder dass sie fürchte, auch von mir negativ gesehen und beurteilt zu werden. Allerdings hat das auch damit zu tun, dass ich selber das Gespräch über sehr lange Zeit nie auf unsere Beziehung gebracht habe. Ich habe damit der Patientin vermutlich signalisiert, dass das kein Thema ist. Die rigide Haltung und der starre Blick der Patientin können auch als Versuch verstanden werden, sich selbst möglichst wenig zu zeigen, um damit Schamgefühle in der Therapie zu vermeiden.

5. Schlussfolgerungen

Das sogenannte „Burnout“ war für Frau B. ein Signal dafür, dass sie ihr Leben auf diese Weise nicht weiterführen kann. Man kann das Burnout als den Anfang der Destruktion jener Mauer auffassen, die sie seit ihrer Kindheit daran gehindert hat, ihr eigenes Leben zu leben, statt es nach den Erwartungen der Anderen auszurichten. Es ist aber nur der Anfang gewesen, und diese Mauer hat sich für eine lange Zeit während der Therapie auch zwischen Frau B. und mir etabliert. In den drei vorgestellten Dimensionen der Übertragung hat die Mauer eine je andere Abwehr- oder Schutzfunktion gehabt. Man darf aber nicht vergessen, dass diese drei Dimensionen ineinander spielen, und zwar während des gesamten Verlaufs der Therapie. Jede Dimension hat ihre Bedeutung in diesem Verlauf. Jedoch scheint es mir, dass in den verschiedenen Phasen der Therapie jeweils eine Dimension besonderes Gewicht gehabt hat.

Ich vermute, dass am Anfang der Therapie die erste Dimension ein besonderes Gewicht hatte. Frau B. kam, um sich behandeln zu lassen, und sie begegnete einer Fachpsychologin in einer psychiatrischen Praxis. Sie wollte, oder gar musste, das

gute Bild ihrer Herkunftsfamilie und ihrer aktuellen Familie behalten, und wollte „wie vorher leben“, ohne sich Fragen stellen zu müssen und ohne sich schlecht zu fühlen. Das hat aber nicht geklappt. Mit der Zeit kann sie sich und mir eingestehen, dass ihr bisheriges Leben nicht befriedigend war, und dass sie es ändern wollte, ohne jedoch schon zu wissen, wie.

65

Die ontologische Dimension war vermutlich ebenfalls bereits am Anfang der Therapie präsent, in dem Sinne, dass die Patientin sich mit der Mauer auch vor mir als der Anderen und damit vor der Erfahrung von (ontologischer) Scham schützte. Im Laufe der Therapie ist die zweite Dimension allmählich mehr zum Tragen gekommen. Ich vermute, dass es einen starken Einfluss gehabt hat, dass die Patientin in mir auf jemanden getroffen ist, die sie nicht kritisiert hat, die freundlich und akzeptierend gewesen ist. Das hat Frau B. vermutlich den Mut gegeben, keine Rolle mehr spielen zu müssen, sondern langsam zu wagen, mehr sich selbst zu sein. Gleichzeitig bin ich allerdings weiterhin eine Fachperson geblieben, die den Rahmen unserer Sitzungen gewährleistet hat.

Gegen das Ende der Therapie hat die zweite Dimension immer mehr Gewicht bekommen. Der Austausch zwischen Frau B. und mir ist zunehmend persönlicher geworden, es brauchte die Mauer als Schutz vor persönlicher Begegnung immer weniger. Ich glaube, dass das als ein gutes Zeichen für den „Erfolg“ der Therapie angesehen werden kann.

Die unterschiedliche Funktion der Mauer im Laufe der Therapie

Weil die drei Dimensionen immer ineinander spielen, vermute ich, dass die Mauer zwar immer irgendwie zwischen uns da gewesen ist, aber nicht immer die gleiche Abwehrfunktion gehabt hat. Darum wage ich jetzt abschliessend die These aufzustellen, dass sich Frau B. deshalb langsam besser fühlen konnte, weil die Mauer nicht gleichzeitig in allen drei Übertragungsdimensionen brüchig geworden ist. Wenn die Mauer der zweiten Dimension (fast) weggefallen ist, dann, so vermute ich, ist die Mauer der zwei anderen Dimensionen weiterhin als ein Schutz für Frau B. geblieben. Wir konnten uns persönlich näher kommen, weil ich noch eine Fach-

66 person im Rahmen einer psychiatrischen Praxis geblieben bin, was ihr Sicherheit gab, und weil sie mich nicht als die „Andere“ erfahren musste. Es kann als ein Erfolg der Therapie angesehen werden, dass Frau B. sich dem Blick von Anderen jetzt generell freier aussetzen kann, ohne dabei unerträgliche Scham empfinden zu müssen.

Schlusswort zur konkreten seelischen Veränderung von Frau B.

Während der Therapie hat Frau B. zunehmend das Gefühl bekommen, sich besser zu kennen, gar sich neu zu entdecken. Sie sagte, sie habe den Eindruck, ihr Leben jetzt „befühlen“ (« palper ») zu können. Sie fühlt sich auch selbständiger. Dazu gehört für sie, jetzt ihre eigenen Ideen und Meinungen zu haben. Ebenso wichtig ist auch, dass sie ihre eigenen Grenzen jetzt besser anerkennen kann, zum Beispiel ihre begrenzten körperlichen Kräfte. Sie hat auch erwähnt, sie fühle sich „realistischer“ und zugleich mehr in der Realität verankert: „Alles kann nicht immer gut sein“ (« tout ne va pas toujours bien »). Sie lerne auf verschiedene interne Alarmsignale, wie einen inneren Druck oder einen Kloss im Hals zu achten. Und sie lerne zu reagieren, wenn sie sich nicht respektiert fühle. Sie könne zum Beispiel ihre eigene Meinung ausdrücken oder Abstand nehmen, um sich zu überlegen, was die aktuelle Situation in ihr auslöse. Das gelte sowohl für die Arbeit wie für ihr privates Leben. Indem sie allmählich besser Stellung nehmen und sich gegenüber den Anderen positionieren könne, verzichte sie auf ihre alte Rolle einer überangepassten oder gar unterwürfigen Frau: „Ich brauche nicht mehr, mich so oder so zu verhalten, um beliebt zu sein“ (« je n’ai plus besoin d’être ci ou ça pour être bien vue »).

Ob Frau B. die Therapie nach meinem Schwangerschafts- und Geburtsurlaub bei mir weiterführen wird, ist noch offen. Ich hoffe es.

Literatur

- Bettighofer, S. (2010): *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Boss, M. (1971): *Grundriss der Medizin*. Bern: Huber.
- Ermann, M. (2014). *Der Andere in der Psychoanalyse. Die intersubjektive Wende*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Freud, S. (1912): *Zur Dynamik der Übertragung*. In: Gesammelte Werke, Band VIII, Werke aus den Jahren 1909–1913, 363–374.
- Holzhey-Kunz, A. (2002): *Das Subjekt in der Kur. Über die Bedingungen psychoanalytischer Psychotherapie*. Wien: Passagen Verlag.
- Holzhey-Kunz, A. (2014): *Daseinsanalyse. Der existenzphilosophische Blick auf seelisches Leiden und seine Therapie*. Wien: Facultas.wuv.
- Sartre, J.-P. (1943; 2007): *Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie* (13. Auflage). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.