

Agnes von Wyl, Brigitte Boothe

Weibliches Leiden an der Anatomie Der Körper als Feind im Spiegel des Alltags- und Traumnarrativs

Zusammenfassung

Körperliche Inszenierungen sind eindrucksvolle Gestaltungsleistungen, über die Personen im Alltag und in der Psychotherapie in großer Variationsbreite verfügen. Körperliche Inszenierungen können auch im Gefäß der Rede entstehen, insbesondere in narrativen Dramaturgien. Unsere Studie untersucht Inszenierungen sprachlicher Art, die Patientinnen in episodischen Erzählungen entwerfen oder in Traummitteilungen zum Ausdruck bringen. Wir fokussieren dabei auf die Rolle des Körpers. Alle untersuchten Patientinnen fühlen sich in ihrem Körper nicht wohl. Am Beispiel der Alltagserzählungen einer an Magersucht erkrankten Frau zeigen wir exemplarisch für andere untersuchte Anorektikerinnen, wie ihr magerer Körper in der Beziehungsgestaltung zu ihrem ödipalen Liebesobjekt gleichzeitig verführen und schützen soll. Ein ganz anderes Bild vermitteln die Erzählungen von Patientinnen, die an Bulimie leiden. Ihr Körper plagt sie mit unerträglichen Spannungen. Verzweifelt hoffen und verlangen sie, dass das Gegenüber diese Spannung lindert. Schließlich verfolgen wir die Traum Erzählungen einer Patientin mit dem Symptom der männlichen Körperbehaarung über den ganzen Verlauf ihrer Analyse. In der schöpferischen Selbstteilungsarbeit durch das Träumen begegnet

Abstract

Physical enactments are an impressive creative performance that people have at their disposal in a great variety in everyday life as well as during psychotherapy. They may also appear in verbal interactions, especially in narrative dramaturgies. Our study examines narrative enactments that patients express in episodic narratives or in narratives of dreams. Here, we focus on the role of the body. All the patients we studied didn't feel at ease with their bodies. The everyday narratives of a patient suffering from anorexia nervosa illustrate how her thin body is supposed to simultaneously seduce and protect her in the relationship to her oedipal object of love. Narratives of patients suffering from bulimia are completely different. Their bodies torture them with unbearable tensions. Desperately, they hope and demand that others alleviate them. Finally, we inquire into the dream narratives of a patient who suffers from hirsutism. Dreaming is a creative way of self-healing that enables the patient to encounter her physical suffering. Narratives may contribute to the understanding of the body as a landscape of meaning, if we grasp in detail the physical narrative enactment.

sie dem Leiden am Körper. Erzählungen können dazu beitragen, die Bedeutungslandschaft der Körper zu verstehen, wenn wir detailliert die narrative Inszenierung nachvollziehen.

1. Einleitung

Für Freud als Theoretiker und Freud als Kliniker stand der Körper im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sowohl der Körper als Organismus wie der Körper als Anatomie und Leiblichkeit. Er war am menschlichen Organismus und den Gesetzen psychophysischer Regulation interessiert; auf die Erforschung neurophysiologischer Prozesse als Korrelaten psychischen Erlebens setzte er unter anderem große Zukunftshoffnungen. Seine Theorie des Lustprinzips, der Psychosexualität und Erogenität, mit den Partialtrieben vom Oralen bis zum Phallischen und Genitalen begründete ein neues Denken über Intentionen und Motive und eine Psychologie der Geschlechterdifferenz, die auf Körperwahrnehmung, Körpererleben und Körperphantasien basierte. Zur Geschichte des Körperbildes in der psychoanalytischen Diskussion liefert Lemche (1993) einen gründlichen Überblick. Die Chancen stehen gut, dass Trieb und Lust, Wunsch und Psychosexualität in Verbindung mit dem aktuellen Stand der Forschung und Professionalität neues Interesse gewinnen werden.

Die ersten Entdeckungen und Konzeptbildungen zur körperlichen Inszenierung und dem leiblich Unbewussten entstanden in der Erkundung von seinerzeit als hysterisch diagnostizierten Patienten und Patientinnen und ihren Konversionssymptomen. Die körperlichen Schauspiele wie beispielsweise Lähmungserscheinungen, Anfälle und Funktionsausfälle verstand Freud als Darstellung verwandelter unbewusster Konflikte. Das Wunschmodell des Traumes stellt die Evokation des Phantasiegeschehens ganz in den Dienst der psychophysischen Regulierung, und Freuds ingeniose Interpretation der Traumbilder bringt immer wieder von neuem – bis zur Belustigung des Publikums über die Genitalsymbolik, z.B. von Zigarre und Blumenvase – die Metaphorik des Leiblichen zur sinnfälligen Anschauung. Das Leibliche konstituiert das Selbst- und Weltverhältnis. Brust und Kot, Phallus und Mundhöhle sind neben anderen prägende Bilder frühen psychischen Lebens. Diese Bilder sollen im psychotherapeutischen Prozess evoziert werden, nicht auf der Ebene des Handelns und des physischen Austauschs, sondern auf der Ebene der Sprache. Die Psychoanalyse wurde zur ‚talking cure‘¹, zur Rede-Behandlung. Der Körper wird zum Gegenstand im Dialog, nicht zum Zentrum der Interaktion.

Wir kennen Freuds herausfordernde Bemerkung: *„In der analytischen Behandlung geht nichts anderes vor als ein Austausch von Worten zwischen dem Analysierten und dem Arzt“* (Freud 1916/17, S. 9). Seine Berühmtheit kommt, wie bei manchem Diktum Freuds, von der provokativen Prägnanz der bündigen

Sentenz. *Was, ihr wollt Kranke behandeln bloß durch Reden, ohne Spritze, ohne Pille, ohne Blutvergießen?*, fragt der Fachmann von anno dazumal entgeistert und hört sich, wenn er Geduld hat, Freuds Begründung an, die wir so zusammenfassen können: Im psychoanalytischen Setting entspannen sich Patienten in Ruhelage auf der Couch, haben keinen Blickkontakt mit dem hinter ihnen sitzenden Therapeuten und sind gehalten, zu sagen, was immer ihnen einfällt. Sie führen nicht Konversation, sie folgen vielmehr dem Fluss ihres Erlebens. Die Kette der Einfälle wird zu Geschichten führen, zu episodischen Erinnerungen an Vorfälle, Eindrücke und Situationen, die einstmals das kindliche Individuum affizierten. Oft sind diese, ihres bedrohlichen, prekären oder überwältigenden Charakters wegen, der Abwehr verfallen und wurden latent pathogen wirksam, weil die emotionale Bewältigung unterblieb. Die Aktualisierung des Erlebten in sprachlicher Expressivität und sprachlicher Reflexion ist kurativ in mehrfacher Hinsicht: (a) Bewusstwerdung: Psychische und psychophysische Regulierungsprozesse, insbesondere Impulse und Abwehrvorgänge, die gewöhnlich der Aufmerksamkeit entzogen sind, werden im Prozess der Versprachlichung dem Bewusstsein zugänglich. (b) Ich-Stärkung: die Konfrontation mit dem Unangenehmen und Bedrohlichen gewinnt im Prozess der sprachlichen Artikulation Gestalt und Kontur, das ist ein Zugewinn an Orientierung, Angstbewältigung und Kontrolle. (c) Lockerung oder Auflösung maligner Fixierungen: das Zusammenspiel von Selbstwahrnehmung, Selbstmitteilung und Reflexivität ist ein zirkulärer Prozess, der das Urteilsvermögen und die emotionale Intelligenz vermehrt und einen Zugewinn an innerer Freiheit bedeutet. (d) Integration: Die Selbstexploration auf der Couch ist zugleich Ausdruck eines Beziehungserlebens, im Rahmen von Übertragung und Gegenübertragung. Es ist diese Beziehungserfahrung, die den pathogenen Konflikten zur sinnfälligen Aktualität im Hier und Jetzt der Kommunikation und zur Bearbeitung im Dialog verhilft. Die Verinnerlichung der produktiven Beziehungserfahrungen ist für den psychoanalytischen Veränderungsprozess von zentraler Bedeutung.

Dem „Austausch von Worten“ gilt hier therapeutischer Optimismus. Er meint ja nicht: Bloß Reden statt wirksam Handeln, sondern programmatisch gesagt: Sprache gibt dem Erleben Gestalt und Form – Sprache schafft das Gefäß der Erinnerung – Sprache baut die Dramaturgie von Geschichten – Sprache organisiert die Rhetorik der Abwehr – Sprache gestattet die Freiheit der Reflexivität – Sprache schafft Gemeinschaft – Sprache schafft Individuation. Das ist die stolze therapeutische Hoffnung. Dem steht nach einem Jahrhundert Psychoanalyse und Psychotherapie der therapeutische Pessimismus gegenüber: Sprache schafft Selbstverlust – Sprache entfremdet vom Körpergeschehen – Sprache schafft Distanz – das therapeutische Potential des Sprechens ist dem therapeutischen Potential des Handelns unterlegen. Das ist die therapeutische Skepsis.

Die skeptische Sicht moniert, dass der bedeutenden Rolle des Körperlichen allenfalls auf der Theorieebene, nicht aber in der therapeutischen Praxis Rechnung getragen wird. Vom Körper wird zwar gesprochen, vom Körper wird erzählt, auf Körperliches wird verwiesen und Körperliches wird gedeutet. Aber das bleibt oft bloßes Intellektualisieren, in Distanz zum Erleben oder beliebiges Hantieren mit Deutungsschablonen. Wiesse (1998, S. 6) konstatiert: „Der Körper ist Gegenstand des psychoanalytischen Beobachtens, Teil eines abstrakten

Selbst und tut sich schwer, subjektiv zu sein“. Falls der Körper im psychoanalytischen Behandlungskontext doch zum Zentrum des Geschehens wird, geht man davon aus, dass dieses Geschehen aus dem Rahmen fällt.

Das Interesse am psychophysischen Triebgeschehen verblasste zugunsten des Dialogs zwischen Psychoanalyse und Neurowissenschaften (Leuzinger-Bohleber/Mertens/Koukkou 1998), es stand lange Zeit im Schatten der Erforschung, Modellierung und klinischen Nutzung der Objekt-Beziehungs-Konzeptionen und tritt jetzt zugunsten der intersubjektiven Wende zurück. Freilich werden jüngst „Die Grenzen des ‚intersubjective turn‘“ zum Gegenstand kontroverser Diskussion (vgl. beispielsweise das Internetdiskussionsforum der PSYCHE im Anschluss an Whitebook 2001, 2003 und Honneth 2001).

Die Auffassung einer psychotherapeutischen und psychoanalytischen Behandlung als reine ‚talking cure‘ kann nicht mehr unbesehen gelten. Neben dem sprachlich-symbolischen Handeln wird das nichtsprachliche körperlich-gestische Handeln betont (vgl. Streeck 2000). Argelander (1970) hat in seiner Arbeit über das Erstinterview erstmals ausführlich auf die auch szenischen Informationen des Gesprächs zwischen Patient und Psychoanalytiker verwiesen. Der psychoanalytische Behandlungsraum kann als Theaterbühne verstanden werden (vgl. Thomä/Kächele 1985), auf der vergangene Beziehungserfahrungen gerade auch in körperlicher Expressivität in Szene gesetzt werden. Jacobs (1986), der den Begriff „Enactment“ in die psychoanalytische Diskussion eingeführt hat und ihn vom Agieren unterscheidet, hat hier viel zur Klärung beigetragen: Der Patient inszeniert nicht im Dienste des Widerstandes, er zeigt vielmehr handelnd, was sich der sprachlich-symbolischen Mitteilbarkeit entzieht. In der Theorie des Enactment kommt der Analytiker mit seinen körperlich-gestischen Handlungen in den Fokus. Nicht nur der Patient behandelt sein Gegenüber, auch „der Psychotherapeut behandelt seinerseits den Patienten, nicht nur mit Hilfe von Deutungen, sondern mit allem, was er tut und wie er es tut“ (Streeck 2000, S. 48).

Auf der Suche nach einer Bühne zur Aufführung der verborgenen inneren Dramen (vgl. McDougall 1991) finden einige Patienten ihren Körper; „Theater des Körpers“ heißt denn auch der Buchtitel der Autorin. Das somatische Theater in seinen vielfältigen Ausdrucksformen unterscheidet sich vom „Schau-Spiel der Hysterie“ (Didi-Huberman 1997). Küchenhoff (2000) unterteilt vier Formen der Körperinszenierung, die je auf ein bestimmtes Strukturniveau hinweisen. Er nennt sie a) Inszenierung einer Botschaft durch den Körper, b) Beziehungsinszenierung durch den Körper, c) Objektprovokation durch Körpersymptom und d) Selbstkonstitution durch den Körper. Entsprechend ist das Strukturniveau abnehmend: von gut/mässig über gering zu desintegriert. McDougall, Küchenhoff und Didi-Huberman thematisieren Inszenierungen, bei denen die Darbietung des Körpers das entscheidende Ereignis ist, ein Ereignis, das es im therapeutischen Rahmen zu kontextualisieren gilt. Sie thematisieren den Körper als *Ereignis*. Im therapeutischen Zusammenhang kommt das Körperliche andererseits auch als *Figur* vor, als Figur mit einem eigenen Auftritt innerhalb einer Dramaturgie. Der Körper als Figur kommt in Erzählungen vor, insbesondere in Narrativen von Patienten, die an ihrem Körper leiden, der zum Gefängnis wird; daher geraten die Betroffenen in ein konflikthafte Verhältnis zu ihm und las-

sen ihn im emotionalen Erleben zum Kontrahenten werden. Schmerzen, Spannungen, Funktionsstörungen und Missempfindungen, Hautveränderungen, Anfallsleiden und Organläsionen, Behinderungen und Entstellungen, Verfall und körperliche Alterung wie auch Hader mit dem eigenen Erscheinungsbild oder der eigenen anatomischen Verfassung sorgen dafür, dass man in ein Spannungsverhältnis zur eigenen Leiblichkeit gerät: *Da ist er, dieser Körper – da bin ich; und wir sind nicht eins, wir sind einander fremd*. Ein großartiges Bild für die Abgründigkeit dieser Verfassung hat Franz Kafka in der „Verwandlung“ des Mannes Gregor Samsa in einen Käfer geschaffen.

2. Erzählerische Inszenierungen

Im Folgenden wenden wir uns dem Körper zu, wie er von Patientinnen in episodischen Erzählungen und im Traum zur Anschauung und zur Anwesenheit gebracht wird. Erzählen ist kein intellektualisierendes Sprechen, es ist kein sprachlicher Modus des Distanzierens. Erzählen als spannungserzeugendes und spannungsregulierendes Medium mobilisiert vielmehr Emotionalität und Involviertheit. Wir verstehen Erzählen und auch die Mitteilung von Träumen als Inszenieren auf der Ebene des Sprachlichen. Die Ich-Erzählerin – in unseren Beispielen handelt es sich ausschließlich um Patientinnen – entwirft einer Regisseurin gleich eine Bühne mit Kulissen, auf der sie Akteurinnen und Akteure auftreten lässt. Diese Akteure sind Teilnehmende einer Inszenierung, die in der Form einer Alltagserzählung erscheint. Es ist die Wiedergabe einer meist selbsterlebten Episode, die durch die innere Dramaturgie der Erzählerin organisiert und geleitet ist. Die Ich-Figur spielt meistens die Hauptdarstellerin. Und schließlich ist dem Zuhörer, der Zuhörerin die Aufgabe zugewiesen, die Inszenierung mitzuvollziehen und emotional mitzutragen.

Der Interpretation der folgenden Erzählungen liegt die Erzählanalyse JAKOB zugrunde. Sie ist ein qualitatives Untersuchungsinstrument zur systematischen Analyse mündlicher Alltags- und Traumerzählungen (Boothe/von Wyl/Wepfer 1998 u. 1999; Boothe/von Wyl 1999 u. 2001; von Wyl 2000a u. 2000b; Boothe u.a. 2002; <http://www.jakob.unizh.ch>). Ihre methodischen und theoretischen Bezugspunkte finden sich neben der Psychoanalyse vor allem im Bereich literaturwissenschaftlicher Erzähltheorien sowie soziologischer und linguistischer Ansätze.

Die Analyse einer Erzählung beginnt mit deren Identifikation im mündlichen Dialog. Dabei beschränken wir uns auf das episodische Erzählen: Wir definieren als Erzählung die sprachliche Inszenierung einer meist selbsterlebten Episode. Formal müssen mindestens zwei Handlungen temporal und logisch aufeinander bezogen folgen. Die Analyse zielt auf die Erschließung szenischer Arrangements, die in der dynamischen Bauform des Erzählens angelegt sind. Ihre systematische Untersuchung ermöglicht eine fundierte psychodynamische Konflikt- und Beziehungsdiagnostik. Die systematisierte Interpretation besteht aus folgenden Auswertungsschritten:

1. Schritt: Aufgliederung einer Erzählung nach Segmenten; Nummerierung der Segmente und Zuordnung in Handlung und Nicht-Handlungssegmente
2. Schritt: Kodierung mit Hilfe eines Kodiersystems für lexikalische Einheiten
3. Schritt: Erschließung der Spielregel, d.h. der sequentiellen Organisation der Erzählung
4. Schritt: Zuordnung von Wunsch- und Angstthemen, Abwehrinszenierung, und Kompromiss
5. Schritt: Konfliktformulierung

Aus Platzgründen unterbleibt die Explikation der detaillierten Analyseprozedur. Es geht im Folgenden um die Fokussierung körperthematischer Befunde. Alle hier dargestellten Erzählungen wurden vorgängig mit der Erzählanalyse Jakob ausgewertet. Hier konzentrieren wir uns auf die Ausdrucksformen des Körperlichen in den Erzählungen und nehmen deshalb nur auf einzelne Auswertungsschritte Bezug, wenn es dem Verständnis dient. Die Inszenierungen des Körpers in den Erzählungen und Träumen von Patientinnen mit Anorexia nervosa restriktiver Typus², Bulimia nervosa ‚Purging‘-Typus³ und einer Patientin mit Hirsutismus, männlicher Behaarung an einem weiblichen Körper, untersuchen wir im Folgenden genauer.

3. Gezeigter Körper: „La belle indifference“

Anorektische Patientinnen überzeichnen mit ihrem dünnen Körper das gängige Schönheitsideal der Schlankheit. Ob die Sorge um diese malträtiierten Körper oder die ambivalente Bewunderung der dahinter liegenden Willenskraft das Gegenüber mehr bewegt, ist schwer abzuschätzen. Jedenfalls findet die Mager-sucht eine hohe Aufmerksamkeit, die über ihre gesundheitspolitische Bedeutung hinausgeht. Was auch immer die Gründe hierfür sind, sie hängen sicher mit dem konkret körperlichen Erscheinungsbild dieser meist jungen Frauen zusammen. Die Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, erstmals von Bruch (1961) als Körperschemastörungen hervorgehoben, gilt als wichtiges diagnostisches Kriterium der Anorexia nervosa.

Die folgenden Ausführungen beruhen auf Gesprächen mit 7 Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa restriktiver Typus. Wir haben sie im Rahmen einer Studie über unterschiedliche erzählerische Konfliktinszenierungen bei Patientinnen mit Essstörungen durchgeführt.⁴ Die jungen Frauen haben während eines stationären Aufenthaltes auf einer Psychotherapiestation an einem ca. anderthalbstündigen Interview, das ähnlich wie ein Erstinterview gestaltet war, teilgenommen. Aus den sieben transkribierten Gesprächen konnten insgesamt 43 Stories, wie sie die Erzählanalyse JAKOB definiert, extrahiert werden. In vielen dieser Erzählungen spielt der Körper eine Rolle. Es geht um Gefühle des Ekels vor diesem Körper, der Körper wird gezeigt, er wird gesehen, er wird – zumindest verdeckt – werbend eingesetzt.

Die Erzählungen einer Patientin – wir nennen sie Petra – zeigen eindrücklich verschiedene Körperinszenierungen. Alle ihre Erzählungen kreisen um den Körper, den eigenen oder den der Mutter. Die erste Erzählung des Interviews lautet folgendermaßen:

Petra 1: Das ist meine Tochter

- [1] und dort mag ich mich auch noch gut erinnern
- [2] als auch wieder ein Mann eine Bemerkung machte meiner Mutter
- [3 III 2] ja ihr Sohn ehm sie haben einen hübschen Sohn
- [4] nachher sagt meine Mutter
- [5 III 4] es ist meine Tochter
- [6] und dann schaute er mich so an und sagt
- [7 III 6] ah ja
- [8 III 6] man sieht es ja schon bald
- [9] und dort ist bei mir irgendwie so klack
- [10] also das hat mir weh getan
- [11] und ich habe dann
- [12] ich habe das nicht gewollt
- [13] also ich habe keine ehm
- [14] also ich rede jetzt da ziemlich offen halt
- [15] ich habe keine Brüste gewollt
- [16] ich fand
- [17 III 16] Gopf
- [18 III 16] die hindern mich am Sport machen und wäh
- [19 III 16] und es wabbelet und tut [wabbelt und schwabbelt]

In der Erzählung tritt eine Ich-Figur auf, die voller Abscheu von ihrem Körper spricht, von den weiblichen Merkmalen, die stören, behindern, eckeln. Die Ich-Erzählerin teilt der ZuhörerIn mit: Ich wollte keine Frau werden. Analysieren wir den dramaturgischen Aufbau der Erzählung, erhalten wir Hinweise für diese Abneigung. Die Ausgangssituation der Szene besteht aus einer Mutter-Kind-Dyade sowie einem Mann, der sich mit einer Bemerkung an die Mutter wendet. Inhalt der Bemerkung ist, dass die angesprochene Frau einen hübschen Sohn habe. Die Ich-Figur der Erzählung wird als hübscher Junge wahrgenommen, das gefällige knabenhafte Äußere findet, wie schon öfters, Beachtung. Der hübsche Sohn der Mutter zu sein – davon handelt die Erzählung – ist jedoch mit dieser Episode gefährdet. Als Sohn ist die Ich-Figur hübsch, ein beachtenswertes Attribut der Mutter. Der knabenhafte Körper gefällt in seiner phallischen Ergänzung der Mutter, ist somit der Garant für die exklusive Nähe zu ihr. Als Mädchen verliert sie den Status der attraktiven Ergänzung der Mutter und wird gleichzeitig für den Mann, den Dritten, interessant. Als Mädchen wird sie in den Blick genommen, wird sie selbst ein potentiell Objekt der Begierde, ist sie nicht länger ein schmückendes Attribut. Dadurch wird die Beziehung zur Mutter gefährdet. Die weiblichen Formen finden in den Augen der Mutter wenig Sympathie, so wird befürchtet; dafür umso mehr in den Augen des Dritten: Als Konkurrentin der Mutter wird die Beziehung zu ihr zusätzlich gefährdet. Die Ich-Erzählerin reagiert mit Verschiebung und Rationalisierung: „Weiblichkeit ist unpraktisch“, ist die manifeste Botschaft der Erzählung.

Petra 2: Bei mir ist es auch soweit

- [1] obwohl ich noch weiß
- [2] ich bin eigentlich voller Freude habe ich das meiner Mutter mitgeteilt
- [3 III 2] he
- [4 III 2] bei mir ist es auch soweit (Menstruation)
- [5] weil bei meiner Schwester ist das auch so gewesen
- [6] nicht wahr
- [7] und dann hat meine Mutter nur so gefunden
- [8 III 7] jetzt hast du das auch noch
- [9] also so wäh
- [10] und dann habe ich gewusst
- [11 III 10] aha
- [12 III 10] das Thema ist gestorben für alle Zeiten
- [13] nicht wahr

In einer 2. Erzählung vertieft Petra, was in der 1. Erzählung angelegt ist: Mit dem Satz „*bei mir ist es auch soweit*“ teilt die Ich-Figur der Mutter ihre erste Menstruation mit. Wiederum erlebt die Ich-Figur die Reaktion der Mutter als Zurückweisung der Weiblichkeit: Die Menstruation wird von der Mutter nicht freudig begrüßt, sondern ihre Reaktion wird in der Erzählung als wegwerfend-angeekelt dargestellt. Mit Weiblichkeit kann sie der Mutter nicht gefallen. „*Das Thema ist gestorben für alle Zeiten*“ sagt Petra in der Erzählung weiter: Nie mehr wird sie sich mit weiblichen Attributen identifizieren, nie mehr wird sie sie werbend einsetzen.

Petra 3: Heulend heimkommen

- [1] und dann ist eben mal ehm eine Situation eingetreten
- [2] dass ich heulend heimgekommen bin
- [3] und dann hat meine meine Mutter gesagt gehabt
- [4 III 3] was ist los
- [5] und dann habe ich gesagt
- [6 III 5] jetzt haben sie es mir schon wieder gesagt (dass sie dick sei)
- [7] und dann sagt sie
- [8 III 7] ja es stimmt halt schon
- [9 III 7] ich sollte schon etwas aufpassen
- [10] und da ist für mich eine Welt zusammengekracht

Die 3. Erzählung thematisiert den abgelehnten Körper. Die Ablehnung ist von der störenden Weiblichkeit auf das Zu-dick-Sein verschoben. Trostbedürftig nähert sich die Ich-Figur der Mutter, die wiederum als kritisierende Figur auftritt. In dieser Erzählung ist angelegt, wie das Liebesobjekt vielleicht doch noch zu gewinnen ist, nun, da die Tatsache, dass sie eine Frau ist, nicht mehr rückgängig gemacht werden kann: „*Abnehmen und schlank sein als letzter Versuch, geliebt zu werden*“, wie Petra in der 11. Erzählung formuliert.

Die 4. Erzählung handelt von einem ersten Diätversuch, beobachtet von der Schwester. Die Schwester kopiert radikal das Verhalten. Bei derartig harter Konkurrenz ist auch mit dieser Strategie die Ausschließlichkeit der Beziehung zur Mutter nicht zu erreichen. In einer nächsten kurzen Erzählung möchte sich

die Ich-Figur verletzt an die Mutter anlehnen, findet aber keinen Trost, sondern Tadel.

Die folgenden 3 Erzählungen thematisieren den an Krebs erkrankten Körper der Mutter. Vom weiblichen Körperteil, der in der 1. Erzählung als ekelerregend dargestellt wurde, den Brüsten, geht Todesgefahr aus. Angesichts der Krankheit bekommt das Werben um die Zuwendung und die Enttäuschung wegen dessen Vergeblichkeit eine verzweifelte Dimension. Die Krankheit der Mutter darf nicht sein. Sie als harmlos zu verleugnen (6. Erzählung), ist die erste Strategie der Ich-Figur. In der nächsten Erzählung begegnet sie der kranken Mutter mit verzweifelter Souveränität. ‚Männlich‘ versucht sie, Tränen zu verbergen, da sie den Stempel bekommen habe, robust zu sein. Eindrücklich dann auch, wie die Ich-Figur in der 8. Erzählung der Mutter Hilfe verweigert. Die Mutter wünscht, dass die Ich-Figur ihr beim Tragen der Einkaufstaschen hilft. Sie bekommt die Antwort „*kannst selber*“. Die kranke Mutter wird als stark idealisiert. Eine schwache Mutter will und kann die Ich-Figur nicht akzeptieren, müsste sie doch auf den Wunsch, sie ganz für sich zu gewinnen, endgültig verzichten. Das kann und will sie nicht. Der Körper der Patientin muss unter diesen Umständen nochmals eine andere Funktion erfüllen. In der 9. Erzählung schneidet sich die Ich-Figur, will ihren Körper zerstören: „*aber immer so den Körper zerstören wollen, das ist schon vordergründig*.“ Die Folgen – Blutflecken auf dem Boden – werden der Mutter gezeigt und gleichzeitig versteckt, denn sie werden als Blut geleugnet. Wie der Krebs den Körper der Mutter zusehends zerstört, will sie ihren Körper zerstören. Nochmals zeigt die Patientin, dass sie am negativ-ödipalen⁵ Wunsch festhalten will und folgerichtig am Bild der starken, zumindest stärkeren Mutter. Der Preis ist hoch: in der nächsten Episode zeigt sich, dass ihr Körper keinen Schmerz mehr wahrnehmen kann, ein gefühlloser Körper, ein halbtoter Körper.

Verzweifelt hungert Petra ihren Körper aus, wovon die letzten beiden Erzählungen handeln. Abnehmen sei der letzte Versuch gewesen, zu existieren, der letzte Versuch, endlich geliebt zu werden. Auf der latenten Ebene handelt die Erzählung aber auch von Kontrolle versus sich gehen lassen. Vielleicht macht es zu sehr Angst, sich verschmelzend in der Dyade aufzulösen. Die Episode, auf die sich die letzte Erzählung bezieht, handelt schließlich in der Gegenwart des Klinikaufenthaltes. Sie erzählt von einem panikartigen Saunabesuch nach einer kleinen Mahlzeit. Und sie erzählt von der Angst, weil die Patientin realisiert, wie das „*ein automatisiertes Ding*“ ist.

Das in der ersten Erzählung begonnene Motiv entwickelt sich über die restlichen 11 Erzählungen zu einem eindrucksvollen Gesamtnarrativ. Es erzählt vom negativ-ödipalen Wunsch nach einer ausschließlichen Beziehung zur Mutter. Ist es zuerst der sich entwickelnde Körper mit zunehmenden Zeichen der Weiblichkeit, der diesen Wunsch bedroht, wird es nachher der kranke Körper der Mutter. Ein dünner, von der Mutter positiv bewerteter Körper kann das Glück möglicherweise erzwingen. Durch das Karzinom, das den Körper der Mutter zerstört, verändert sich die Bedeutung des Abnehmens, denn jetzt geht es mehr darum, noch kränker als die Mutter zu sein.

Die erzählanalytische Auswertung von 17 Erzählungen (1 bis 3 Erzählungen pro Patientin) in der Studie zeigte, dass 5 der 7 Patientinnen in ihrer erzähleri-

schen Konfliktinszenierung ein ödipales Grundmuster zeigen (vgl. von Wyl 2000a). In den narrativen Bildern werden ödipale Szenen entworfen, der bedeutungsvolle Andere soll als Liebesobjekt exklusiv für sich gewonnen werden. In vielen Geschichten handelt es sich tatsächlich um den Vater, in den Geschichten von Petra um die Mutter, in anderen sind es andere männliche Akteure. Neben der Ödipalität hat der weiblich-narzisstische Konflikt die Dynamik der Erzählungen geprägt, in unserer Terminologie derjenige Konflikt, der von Autonomie handelt.

Beeindruckend ist, auf welche Art und Weise für dieses Werben der Körper eingesetzt wird. Die Inszenierung erinnert an die hysterische Konfliktverarbeitung, indem die Rolle der Begehrenden verdeckt bzw. unschuldig gespielt werden muss. Eine Erzählung zeigt das folgendermaßen:

Sophie 1: Die Periode ist ausgefallen

- [1] plötzlich habe ich gemerkt
- [2 III 1] Ups
- [3 III 1] jetzt ehm ist die Periode aut- ausgefallen

Mitvollziehend erwartet die ZuhörerIn, dass die Ich-Figur, wenn auch unerwartet, schwanger war. Anders ist es aber in dieser Erzählung.

- [4] und ich ich wusste schon warum
- [5] ich meine ehm
- [6] es ist nicht
- [7] dass ich ehm Angst gehabt hätte
- [8] ich wäre schwanger oder so etwas
- [9] ich wusste ganz genau
- [10 III 9] dass es wegen meinem also körperlichen und physischen Zustand ist

Das Ausbleiben der Periode zu Beginn der Erzählung verweist eher auf eine Schwangerschaft und damit auf eine intime Beziehung als auf Unfruchtbarkeit. Das Symptom der Amenorrhoe zeigt hier eine schillernde doppelte Bedeutung.

4. Getriebener Körper: zwischen magischem Gewicht und unerträglichen Spannungen

Bulimische Patientinnen üben ihre Essanfälle wie auch das anschließende Erbrechen heimlich und unauffällig aus. An ihrem Äußeren weist nichts auf ihre Symptomatik hin, außer dass einem geübten Auge die nichtentzündlichen Speicheldrüsenswellungen, „Hamsterbäckchen“, nicht verborgen bleiben. Anders als bei Patientinnen mit Magersucht oder Fettsucht fällt die Krankheit nicht in der körperlichen Erscheinung auf, gerade weil die jungen Frauen gefallen möchten: sie streben nach einem magischen Körpergewicht und Schlankheit.⁶ Die breite Öffentlichkeit wird vor allem im Zusammenhang mit Geständnissen berühmter Frauen auf die Bulimie aufmerksam. Insgesamt findet sie weniger Beachtung als die Anorexia nervosa, obwohl ihr Auftreten etwa drei Mal häufiger

ist. Vielleicht hängt dies mit der Heimlichkeit wie auch Unauffälligkeit der Symptome zusammen, vielleicht fühlt man sich aber auch unangenehm berührt durch die Zügellosigkeit der Essanfälle wie auch durch das mit Krankheit und mit Ekel assoziierte Erbrechen.

Aus Gesprächen mit 8 Patientinnen, die an Bulimia nervosa ‚Purging‘-Typus litten, haben wir insgesamt 56 Erzählungen extrahiert.⁷ Die Körperinszenierungen dieser Patientinnen unterscheiden sich deutlich von den vorher besprochenen. Die Ich-Figur hat Hunger, Durst, fühlt sich voll, trinkt, riecht, verschlingt, weint, ist krank, müde oder verletzt: Szenen körpernaher Vorgänge werden beschrieben. Fast jede der Patientinnen beschreibt den Ablauf eines Essanfalls. Eine 24 jährige Patientin, die wir Jana genannt haben, schildert es so:

Jana 2:500 Gramm Brot gegessen

- [1] bis eines Tages, eben mit 16, 17, als ich auf einmal 500 Gramm Brot gegessen habe
- [2] bin ich so
- [3] und dann habe ich Durst gehabt
- [4] dann habe ich so weiss ich nicht wieviel Wasser getrunken
- [5] da hatte ich also
- [6] also normal
- [7] das ist gar nicht komisch
- [8] dass ich nachher einen riesengrossen Bauch gehabt habe
- [9] und da war mir auch schlecht
- [10] und da habe ich einfach er- erbrochen
- [11] aber es war nicht so bewusst
- [13] dass- es war auch keine Angst in dem Moment vor dem Zunehmen
- [14] es war einfach das Gefühl
- [15 III 14] ich bin unangenehm voll
- [16] und das Gefühl habe ich nicht so gern gehabt

Die Ich-Figur ist über die ganze Episode die einzige Akteurin. Die Story beginnt mit „bis eines Tages als...“. Etwas passiert, was eine offenbar grundlegende Veränderung bringt: Die Ich-Figur isst auf einmal 500 Gramm Brot und gibt sich ungehemmter ‚Spannungslösung‘⁸ hin. Die Dramaturgie hat etwas Zwingendes. Wie ein Schneeball, der eine Lawine auslöst und alles Weitere unausweichlich nach sich zieht, ergibt eine Handlung die nächste. Die Konsequenz der ungehemmten Spannungslösung ist eine nächste Spannung, nämlich Durst. Dieser erzwingt die Spannungslösung Trinken, eine neue Spannung – ein riesengrosser Bauch – resultiert. Der abschliessende Versuch der Spannungslösung, das Erbrechen, scheint logische Folge. Das alles sei nicht sehr bewusst abgelaufen, sondern vom Gefühl ausgegangen, unangenehm voll zu sein. Es ist, als sei die Ich-Figur einem Automatismus ausgesetzt, dem sie nicht ausweichen kann, ein Automatismus, ausgelöst durch einen unaufschiebbaren Drang nach Beruhigung.

Das Motiv der affektiven Überlastung und der anschließende Versuch, den Affekt aufzulösen, liegt vielen Erzählungen zugrunde. Oft wendet sich die Ich-Figur dazu appellativ an eine andere Person oder Personen. Die erhaltene Hilfe durch andere Personen in Form von Zuwendung und Beruhigung stellt sich immer als suboptimal heraus. Manchmal enttäuscht akzeptiert, manchmal wü-

tend zurückgewiesen, bleibt sie hoffnungslos ungenügend. Sehr oft aber sind in den narrativen Szenen andere Akteure ausgeschlossen, und Essen/Erbrechen werden als Spannungslösung eingesetzt. Der ‚Superwunsch‘ nach einer rettenden, beschützenden, versorgenden und beruhigenden Welt wird illusionär am eigenen Körper inszeniert. Von der Spannungslösung kann allerdings auch Gefahr ausgehen. Im Akt des Erbrechens, der einen aggressiven Anteil hat, vor allem, wenn er mit verschiedensten Werkzeugen wie Gabel etc. ausgelöst wird, ist dies deutlich enthalten. Eine Erzählung zeigt eindrücklich, wie sich ein beruhigendes Objekt in ein destruktives wandelt. Ein selbstgemachter Pudding wird mit einem Mixerstab gegessen, der die Ich-Figur verletzt. Das beruhigende Objekt, nach dem ein drängendes Verlangen besteht, stellt sich als destruktiv heraus. Ganz Ähnliches passiert mit Essen: der beruhigende Effekt entwickelt sich zum Gegenteil und wird zu einer unstillbaren Spannung von Durst oder Völlegefühl wie die diskutierte Erzählung zeigt.

Viele Erzählungen beschäftigen sich mit dem Verstecken und dem Entdeckt-Werden der Gier, des Erbrechens und des Erbrochenen. Das ‚Körperprodukt‘ in Plastiksäcke verpackt, versteckt und heimlich entsorgt, droht unter beschämenden Umständen entdeckt zu werden. War es in den Erzählungen der anorektischen Patientinnen der weibliche Körper, der bei den Patientinnen mit Ekel assoziiert wird, sind es hier „Fressen und Kotzen“, wie es in den Erzählungen von hilflosen Elternfiguren genannt wird.

Nicole 2: Am liebsten tot sein

- [1] und ich hab' dann einmal einen Tag lang geschaut
- [2] weil ich wissen wollte
- [3 III 2] was passiert
- [4] und ich hab' mich wieder so elend gefühlt
- [5] dass ich am liebsten einfach nicht da wäre, einfach tot
- [6] oder
- [7] dann hab ich mich aufgerafft
- [8] ein paar Schritte zu machen draußen
- [9] und ich wäre am liebsten zusammen gebrochen
- [10] weil ich keinen Sinn darin gesehen habe, zehn Meter zu laufen
- [11] also wofür soll ich zehn Meter laufen?

Die an der Untersuchung beteiligten bulimischen Patientinnen vermitteln in ihren Erzählungen ein ganz anderes Beziehungserleben als die anorektischen Patientinnen mit der ödipalen Beziehungskonstellation. Es ist kein objektales Beziehungserleben, sondern es geht darum, an Funktionen, Kompetenzen und Ressourcen des Gegenübers teilzuhaben. Das Gegenüber soll körpernah erlebte Bedürfnisse und Leiden befriedigen: beruhigen, sich zuwenden, versorgen. Von daher ist auch keine ödipale Konfliktthematik zu erwarten. Vielmehr befinden sich die bulimischen Patientinnen in spezifischen Wunsch-Angst-Spannungen bzw. Konflikten, die präödpal anzusiedeln sind. So dient denn auch in den Erzählungen der Körper nicht der Verführung, obwohl die meisten dieser Patientinnen auch im Klinikalltag offensichtlich deutlich Wert auf ihr Äußeres legten. Gepeinigt durch ihren getriebenen Körper wenden sie sich hilfessuchend, for-

dernd, erschöpft doch vergebens an das Gegenüber, und sind erneut auf das Diktat ihres Körpers zurückgeworfen.

5. Gezeichneter Körper: Ein weiblicher Körper mit männlicher Behaarung

Magersüchtige und bulimische Patientinnen haben meist einen gesunden weiblichen Körper, in dem sie sich nicht wohl fühlen. Die junge Frau, von der im Folgenden die Rede ist, hat einen weiblichen Körper mit männlicher Behaarung an Armen, Beinen, Brust und Genitalregion (Hirsutismus). Sie fühlt sich nicht wohl in diesem Körper. Er ist in ihren Augen mit einem Makel behaftet. Sie erlebt sich nicht als attraktiv, sondern aufgrund der Behaarung als abstoßend und außerstande, mit anderen Frauen in Konkurrenz zu treten. Sie hat körperliche und sexuelle Intimität vermieden und bis zur Aufnahme einer psychoanalytischen Einzelbehandlung im 35. Lebensjahr ein zurückgezogenes, der Primärfamilie stark verbundenes Leben als Lehrerin in einem Mädchengymnasium geführt.

Wir geben der Analysandin den ihr von der Ulmer Forschungsgruppe bereits verliehenen Decknamen Amalie. Diese an der Universität Ulm seinerzeit in einer langfristigen Analyse bei einem prominenten Fachkollegen behandelte Patientin steht seit vielen Jahren im Fokus der Aufmerksamkeit auf dem Gebiet psychoanalytischer multimethodaler Einzelfall-Prozessforschung, ausgehend von der Universität Ulm. 50% der insgesamt 517 Psychoanalyse-Stunden liegen als Verbatim-Transkripte vor.⁹ Der Hirsutismus-Befund war endokrinologisch begutachtet worden. Hinzuweisen ist an dieser Stelle auch auf die wichtige Studie von Meyer und von Zerssen (1960; zitiert nach Meyer 1963; kursivisch dargestellt in Band III des Lehrbuches der psychoanalytischen Therapie von Kächele/Thomä 2003) an Frauen mit idiopathischem Hirsutismus, die zeigt, dass Frauen mit Hirsutismus ohne genetische Disposition – dies ist bei Amalie der Fall – Stress auf ungünstige Art umgehen. Auffallend häufig lassen sich bei Frauen mit männlicher Behaarung neurotische Konflikte erschließen, die auf dem Wunsch nach männlicher Geschlechtsidentität basieren. Das psychodiagnostische Bild stellte sich zu Behandlungsbeginn wie folgt dar:

- Amalie sehnte sich danach, erstmals sexuelle Kontakte aufzunehmen.
- Zugleich fürchtete sie sich vor Preisgabe und Beschämung.
- Sie fürchtete, in der heterosexuellen Begegnung keine Chance zu haben, einen liebevollen und respektbereiten Partner zu finden, sondern den eigenen Körper zur Erniedrigung anbieten zu müssen und sich schutzlos der Fremdbemächtigung auszuliefern.

Symptomatik und Behandlungsgründe lassen sich wie folgt zusammenfassen: Es liegt eine körperliche Normabweichung vor, die geschlechtsspezifische Anpassung und ästhetische Akzeptanz erschwert. Die Betroffene erlebt sich als defizient in Bezug auf soziale Integration. Sie erlebt sich darüber hinaus als defi-

zient in Bezug auf sexuell-erotische Erfahrung und Erfüllung. Hinzu kommen quälende Phantasien schuldhaften Versagens in Bezug auf Normen und Ideale, die aus einer kirchlich-strengen katholischen Sozialisation resultieren. Sie sieht sich submissiv kindlich an die Primärfamilie gebunden und fürchtet sich vor eigenen Regungen der Aggression, des Zupackens und Bemächtigens.

Amalie ist als eindrucksvolle Träumerin bekannt. Im Laufe von 517 Analysesitzungen hat sie 111 Träume berichtet, die in transkribierter Form in der Ulmer Textbank vorliegen. Systematische Traumanalysen liegen vor; besonders zu erwähnen ist die intensive und umfangreiche Traumkognitionsstudie von Leuzinger-Bohleber (1989). Von Kuensberg (2001) und Mathys (2001) haben diese Träume neuerdings erzählanalytisch untersucht. Die Traumtätigkeit schafft dem Körper auf besondere Weise Raum. Zum einen ist der Traumprozess selbst ein komplexes psychophysisches Geschehen, ein halluzinatorischer Prozess, der körperliche Reize aufnimmt und umsetzt. Zum andern sind die halluzinatorischen Traumeindrücke Gestaltungsleistungen mit besonderer Nähe zum körperlich Bildhaften. Und schließlich stellt der Traum eine Verarbeitungsleistung aktuellen Erlebens dar, der auf das Inszenierungs- und Darstellungspotential des primären Ichs als eines körperlichen und die damit verbundenen infantilen Körperphantasien angewiesen ist. Daher sind Amalies Träume als die einer Person, die unter ihrer körperlichen Ausstattung leidet und es schwer hat, sich als Frau physisch zu akzeptieren, von besonderem Interesse. Wir wollen anhand einiger Beispiele beleuchten, wie Amalie im Traum den Körper zur Darstellung bringt.

Amalie gestaltet ihr konfliktäres Körpererleben im Traumprozess. An den insgesamt zehn Träumen der psychoanalytischen Behandlung, in denen der Analytiker als Traumfigur erschien, hat von Kuensberg (2001) eine systematische und vollständige textanalytische Traumerschließung vorgenommen. Diese zeigte, wie der Analytiker im Traum als Beziehungsfigur ausgestattet wurde, deren Vorschriften man sich zunächst unterwerfen sollte, gegen die man sich zu einem späteren Zeitpunkt in findigem Spott auflehnen und die man schließlich im streitbaren Dialog verlassen konnte. Im gegebenen Rahmen interessiert das Körpergeschehen im Traum; der knappe Raum gestattet lediglich, summarische Eindrücke davon wiederzugeben, wie Amalie die Traumaktivität in schöpferischer Selbstheilungsarbeit einsetzt, um dem Leiden am Körper zu begegnen. Um den zentralen Befund zu formulieren: Diese schöpferische Selbstheilungsarbeit vollzieht sich am stellvertretenden Objekt, dem Analytiker als Traumfigur, die in einem Prozess der Demontage männlicher und väterlicher Autorität eben jenes Leiden am Körper in den Traumbildern und -handlungssequenzen zu durchleben und zu überleben hat, dem die Träumerin ausgesetzt ist. Er kommt im Traum als Wesen daher, das nicht Männlein, nicht Weiblein ist, er muss im Traum agieren als Figur, die der Lächerlichkeit preisgegeben ist, er muss dastehen und Position bewahren, obgleich es zum Lachen ist, wie er dabei wirkt. Und zugleich ist er im Traum stets einer, der sich zum Dialog, zur Reibung, zur Konfrontation, zur intimen Annäherung – oft auf skurrile Art – bereit findet. Der Analytiker im Traum wird zum Körper, der seine eindeutige Männlichkeit verliert. Die Patientin gestaltet am bedeutsamen Anderen die infantile Angstphantasie vom Verlust intakter Phallizität und die damit verknüpfte infantile Hoffnung auf Wiederherstellung und Entschädigung. Sie gestaltet am

bedeutsamen Anderen die Toleranz für die Preisgabe an Spott und Disqualifikation und schließlich den Mut, in allem Beschädigtsein eine eigene Position einzunehmen, ohne freilich den Traum vom Ganzwerden für alle Zeit fallenzulassen.

Im Folgenden werden die Titel der Traumberichte ergänzt durch die jeweilige Sitzungsnummer sowie die Nummern der Redebeiträge. Der erste Beziehungsraum „*Ich war eine Art Au-Pair-Mädchen, und zwar bei Ihnen selber*“ (Amalie S29/R18/19/24-34) platziert die junge Frau als Austausch-Mädchen im Privathaushalt des Analytikers. Dort soll sie sich in submissiver Schülerrolle bewähren. Die symbolisierende Inszenierung des Körperlichen bildet dabei den Mittelpunkt. Das Au-Pair-Mädchen hat den Auftrag, die eigene Toilette zu sanieren, und stellt sich zu diesem Auftrag befremdet, denn der sanierungsbedürftige Zustand, so heißt es im Traum, ist nicht durch sie verschuldet. Es geht also in der Beziehung zwischen Analytiker und Patientin um die Sanierung der Kloake, die durch submissive Tüchtigkeit in anständigen, sauberen Zustand versetzt werden soll. Dabei wird der Analytiker in Autoritätsposition gesetzt und doch die Partizipation im familiären Kontext erreicht. Zu beachten ist die infantile Körperphantasie vom Heilmachen und Ganzmachen durch Hantieren und Reparieren.

Der zweite Traum: „*Ich sei im Bett gelegen, und Sie seien oben gesessen*“ (Amalie S37/R25-26) verstärkt die leibliche Nähe von Analytiker und Patientin drastisch: Er sitzt oben an ihrem Bett und spricht einen Tadel aus: „*Das nächste Mal sind Sie ehrlicher*“. Die junge Frau ist aufgefordert, sich rückhaltlos zu bekennen, rückhaltlos aufzudecken, ja, den entblößten Leib zu zeigen, vor einem Mann in oben platzierter Position, im persönlichstem Raum, dem Bett. Hier kommt die Patientin ihrem Angstthema der körperlichen Offenbarung bei der sexuellen Begegnung sehr nahe. Es wird jedoch im Zusammensein mit dem Analytiker nicht als erotische Annäherung, sondern als asymmetrische Autoritätsbeziehung gestaltet, in der die Selbst-Entblößung eingefordert wird.

Im dritten und vierten Traum ist der Analytiker erneut als Familienoberhaupt an der Schwelle des familiären Privathauses (Gartensessel; Garten) platziert, im dritten Traum „*Sie saßen in einem Gartensessel, neben Ihnen meine Mutter, ihr gegenüber ein kleines Mädchen*“ (Amalie S79/R4-11) ist die eigene Mutter dem Analytiker zur Seite gegeben, ihr gegenüber ein Mädchen, das als Tochter des Analytikers bestimmt wird und im weiteren als junge, werdende Ausgabe des Traum-Ichs erscheint. Die Dramaturgie des Traumes will eine neue Familie arrangieren: Das Ich identifiziert sich mit der kleinen Tochter, einem Wesen, dessen Zukunft offen vor ihr liegt, das alle Chancen zu einer makellosen Entwicklung hat. Die Mutter wird an die Seite des Analytiker-Vaters gesetzt. Dieser Inszenierung eines familiären Neubeginns steht ein Distanzierungsmanöver entgegen: Der Analytiker weist einen allzu familiären Ton der Ich-Figur dem kleinen Mädchen gegenüber zurück, umgekehrt schreitet die Ich-Figur bei der Mutter ein, als diese dem Analytiker Vertrauliches über die Kindheit des Traum-Ichs nahe bringen will. Die Hoffnung der Träumerin, eine neue Chance zu haben und noch einmal als Kind einer heilungskräftigen Vaterfigur anzufangen, gestaltet sich hier. Im vierten Traum „*Sie haben mir ein Heft gegeben mit Fotos*“ (Amalie S112/R7-9) gibt es jene bemerkenswerte Wende hin zur

Demontage der männlich-väterlichen Autorität. Der Analytiker zeigt dem Traum-Ich ein Bild, ein Foto, auf dem er selbst zu sehen ist, dieses Foto reicht er ihr, und da wird der abgebildete Mann zum Vexierbild, zu einer Mischfigur, die skurrile weibliche Züge – die Züge einer Frau – trägt. Damit erscheint ein Körper-Motiv der Veränderung hin zu teils grotesken Mischfiguren, das auch die folgenden Träume bis zum neunten eklatant bestimmt.

Diese physischen Veränderungen gehen in folgende Richtungen: Der Analytiker wird zur Karikatur eines großen Mannes („*Sauerbruch*“, 5. Traum, Amalie S 156/R43-49) und gebärdet sich als autoritäre Karikatur, oder als eigentümlich esoterischer Heiler im Zelt (7. Traum, Amalie S248/R30-33), oder er wird mit einer Ruine oder einem alten lüsternen Klavierlehrer in Verbindung gebracht (6. Traum, Amalie S177/R20-35), oder der Analytiker wird wiederum zur skurrilen mann-weiblichen Mischfigur (9. Traum, Amalie S335/R83-84) oder zur aufgeregten Hausfrau und Köchin (8. Traum, Amalie S287/R50-51). Autorität, Männlichkeit, Vaterstatus des Analytikers werden demontiert. Er ist nicht männlich, nicht weiblich, hat kein eindeutiges Geschlecht, zeigt sich mit wechselnder Fassade. Er hat so wenig eine sichere Geschlechtsidentität wie sie selbst. Es lohnt nicht, ihm nachzulaufen (6. Traum, Amalie S177/R20-35); sie hat bereits Autonomie (ein eigenes Auto). Der 10. und letzte Beziehungstraum „*Meine Wohnung wird einfach umgebaut*“ (Amalie S516/R2-44) setzt ganz auf Autonomie: Ihr Haus (ihr Leib) wird umgebaut, das Bad – die „Kloake“ vom Anfang – wird neu installiert, die alte Treppe wird ersetzt, es ist der dem Analytiker so ähnlich sehende Vermieter, der diese Installationen in Gang gesetzt hat. Sie aber nimmt Abstand, auch wenn der Analytiker-Vermieter sie halten will, sie erklärt den Mietvertrag als beendet und ist bereit, die Verbindung zu beenden.

Das Körperliche ist in den Beziehungsträumen der Amalie sehr präsent. Der Körper im Bild, im Foto, das Gesicht, das die Eindeutigkeit der Geschlechtszuordnung auflöst oder das zur komischen Maske gerät. Es geht um Echt oder Als-ob, Oben oder Unten, das Gemachte und das organisch Wachsende, den Körper-in-den-formenden-Händen-des-Anderen, den Körper-für-sich-allein. Die Träume dringen in die Tiefe der Beziehung zum analytischen Gegenüber vor; es geht darum, zum Kern vorzudringen, den Anderen zu verwenden, dass er das eigene Leiden am Körper mittrage und überlebe. Jedoch bleibt letztlich Distanz und schließlich ein selbstgewählter Rückzug in die Autonomie. Der Zugang zu einer reichen Gefühls- und Phantasiewelt hat sich eröffnet. Der emotionale Bezug zum eigenen Körper ist versöhnlicher geworden.

6. Schlussbetrachtungen

Wir haben das Körperliche in drei verschiedenen, spezifisch weiblichen Ausdrucksformen kennen gelernt. Bei den beiden Patientinnengruppen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa wie auch bei der Patientin mit Hirsutismus konstatiert sich das Leiden um den Körper. Folgen wir in den Alltags- und

Traumerzählungen der Eigenbewegung des Textes, werden Unterschiede deutlich. In den narrativen Szenen der anorektischen Patientinnen wird durch den Körper eine Botschaft inszeniert: „Schau her, bin ich nicht die schönste Prinzessin? – keine Angst, ich bin keine richtige Frau und krank“ könnte die ödipale Botschaft lauten. In den Erzählungen der bulimischen Patientinnen wird der Körper nie werbend eingesetzt. Er macht sich vielmehr quälend bemerkbar, seine unerträgliche Anspannung lässt die Patientin sich hilfesuchend an ein Gegenüber wenden: „Rette mich in meiner körperlichen Qual“. Das enttäuschende Gegenüber eignet sich nicht für die benötigte Hilfe, deshalb wird am eigenen Körper das destruktive Verhältnis inszeniert: Gier, Essen, Erbrechen folgen in einem Teufelskreis von Spannung und Spannungslösung aufeinander. Das Körpererleben kann oder muss zum ‚Container‘ werden, da das Containing in der intersubjektiven Beziehung als nicht mehr ausreichend erlebt wird (vgl. Küchenhoff 2000). Bei Amalie schließlich konnten wir zeigen, wie sie über schöpferische Selbstheilungsarbeit durch das Träumen dem Leiden am Körper begegnet. Diese vollzieht sich am stellvertretenden Objekt, dem Analytiker als Traumfigur. Am bedeutsamen Anderen – zu dem sie ausreichendes Vertrauen hat, sodass er getestet werden kann, mit Spott und Witz und Angriffslust – gestaltet sie in der Leibhaftigkeit des Träumens ihre Ängste und Wünsche in der schmerzvollen Spannung eines als gezeichnet erlebten Körpers; in diesem schwierigen Prozess findet sie zu einer eigenen Position, wenn auch noch nicht zur Bindung an neue Liebesobjekte.

In der Einleitung sprachen wir von der Bedeutung der Begegnung der subjektiven Körperlichkeit in der psychoanalytischen Beziehung. In unseren Ausführungen sind wir detailliert auf den narrativen Ausdruck der Patientinnen eingegangen, mit dem Fokus auf Körperlichkeit. Wir reagieren in der Therapie mit unseren Worten und unserem gestischen Ausdruck auf den vielfältig körperlichen Ausdruck des Gegenübers. Die Bedeutungslandschaft der Körper (vgl. Heigl-Evers/Weidenhammer 1988) der Patientinnen und Patienten in ihrer Essenz zu verstehen, dazu können Erzählungen beitragen, indem wir detailliert die körperliche, narrative Inszenierung nachvollziehen.

Anmerkungen

- 1 Anna O., eine Patientin Breuers (ein ärztlicher Kollege Freuds), hat den Begriff „talking cure“ für die Sitzungen mit ihrem Arzt verwendet.
- 2 Die diagnostische Einteilung erfolgte nach den Diagnosekriterien des DSM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition), ein international verbreitetes Diagnostikmanual der American Psychiatric Association. Unter Anorexia nervosa restriktiver Typus werden diejenigen anorektischen Patientinnen eingeteilt, die ausschließlich als Folge von Nahrungsverweigerung und körperlicher Betätigung untergewichtig sind. Sie haben keine Essanfälle und greifen auch nicht zu Abführmitteln.
- 3 Als Bulimia nervosa ‚Purging‘-Typus werden diejenigen Patientinnen diagnostiziert, die Essanfälle zeigen und Erbrechen sowie andere gewichtsreduzierende Mittel einsetzen.
- 4 Eine ausführliche Darstellung der erzählanalytischen Studie dieser Patientinnengespräche findet sich in von Wyl (2000a), ein zusammenfassender Überblick in von Wyl (2000b).

- 5 Es handelt sich um den negativ-ödipalen Wunsch, da die Liebesgefühle dem gleichgeschlechtlichen Elternteil gelten.
- 6 Ist das Körpergewicht unter 85% des erwarteten Gewichtes, so gilt gemäss des DSM IV die Diagnose Anorexia nervosa „Binge-Eating/Purging“-Typus.
- 7 Auch diese Interviews fanden im Rahmen der erwähnten erzählanalytischen Untersuchung über Essstörungen statt.
- 8 Mit Spannungslösung kodiert die JAKOB-Erzählanalyse diejenigen Verben, die körpernahe Vollzüge im Sinne einer lustvollen Abfuhr bezeichnen. Solche Verben (z.B. essen, trinken) sind in den Erzählungen von bulimischen Patientinnen sehr häufig, vielfach aber nicht allein im Zusammenhang mit Essen (Schneider 2002).
- 9 Auf zahlreiche Forschungsbefunde ist hinzuweisen; auch stehen deskriptive Daten zu Amalie im Internet zur Verfügung (eine Auswahl: Albani u.a. 2000; Boothe 1989; Hohage 1986; Kächele o.J.; Kächele/Eberhardt/Leuzinger-Bohleber 1999; Kächele u.a. 1999; Mathys 2001; Radzik-Bolt 2002; von Kuensberg 2001). Weitere einzelfallorientierte Psychotherapiestudien zu Amalie sind unterwegs und in Planung.

Literatur

- Albani, C./Volkart, R./Humbel, J./Blaser, G./Geyer, M./Kächele, H.: Die Methode der Plan-Formulierung. Erste deutschsprachige Reliabilitätsstudie zu „Control Master Theory“ von Joseph Weiss. In: Psychotherapie, Psychosomatik, und medizinische Psychologie 50 (2000), H. 12, S. 470-471
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). American Psychiatric Association, Washington DC 1994 (deutsch: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen 1995)
- Argelander, H.: Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt 1970
- Boothe, B.: Zur psychoanalytischen Konfliktdiagnostik. Bern 1989
- Boothe, B./Grimmer, B./Luder, M./Luif, M./Neukom, M./Spiegel, U. (Hrsg.): Manual der Erzählanalyse JAKOB. Version 10/02. Berichte aus der Abteilung Klinische Psychologie I, Nr. 51. Zürich 2002
- Boothe, B./von Wyl, A. (Hrsg.): Erzählen als Konfliktdarstellung. Bern 1999
- Boothe, B./von Wyl, A. (Hrsg.): Psychodynamisches Störungsbild und erzählter Konflikt: narrative Analyse als diagnostische Urteilsbildung. Bern 2001
- Boothe, B./von Wyl, A./Wepfer, R.: Psychisches Leben im Spiegel der Erzählung. Eine narrative Psychotherapiestudie. Heidelberg 1998
- Boothe, B./von Wyl, A./Wepfer, R.: Narrative dynamics and psychodynamics. In: Psychotherapy Research 9 (1999), H. 3, S. 258-273
- Bruch, H.: Conceptual confusion in eating disorders. In: Journal of Nervous and Mental Disease 133 (1961), H. 1, S. 46-60
- Didi-Hubermann, G.: Erfindung der Hysterie: die photographische Klinik von Jean-Martin Charcot. München 1997
- Freud, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G.W. Bd. XI. 1915/16
- Heigl-Evers, A./Weidenhammer, B.: Der Körper als Bedeutungslandschaft: die unbewusste Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität. Bern 1988
- Hohage, R.: Empirische Untersuchungen zur Theorie der emotionalen Einsicht. Unveröff. Habilitation, Universität Ulm 1986
- Honneth, A.: Facetten des vorsozialen Selbst. Eine Erwiderung auf Joel Whitebook. In: Psyche 55 (2001), H. 8, S. 790-802
- Jacobs, Th. J.: On countertransference enactments. In: Journal of the American Psychoanalytic Association 34 (1986), H. 2, S. 289-307

- Kächele, H. (o.J.): Wer ist Amalie X. http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher/Band_III/3.AmalieA-O/3.1WeristAmalieX.html (23. Dezember 1998)
- Kächele H./Eberhardt, J./Leuzinger-Bohleber, M.: Expressed Relationships, Dream Atmosphere & Problem Solving in Amalia's Dreams – Dream Series as Process Tool – A Single Case Study. (1999). <http://sip.medizin.uni-ulm.de/bteilung/buecher/Ulm20/Papers/Kaechele.htm> (Sept. 2002)
- Kächele, H./Schinkel, A./Schmieder, B./Leuzinger-Bohleber, M./Thomä, H.: Amalie X – Verlauf einer psychoanalytischen Therapie. In: Colloquium Psychoanalyse 4 (1999), H. 1, S. 67-83
- Kächele, H./Thomä, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 3: Forschung. Stuttgart 2003 (im Druck)
- Küchenhoff, J.: Der Körper als Ort der Beziehungsinszenierung. In: Streeck, U. (Hrsg.): Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozess. Göttingen 2000, S. 143-160
- Lemche, E.: Das Körperbild in der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Frankfurt a.M. 1993
- Leuzinger-Bohleber, M.: Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Berlin 1989
- Leuzinger-Bohleber, M./Mertens, W./Koukkou, M. (Hrsg.): Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Bände I und II. Stuttgart 1998
- McDougall, J.: Theater des Körpers. Weinheim 1991
- Mathys, H.: „...ich hab heut Nacht so einen herrlichen Mist geträumt...“. Amaliens Traumerzählungen untersucht mit der Erzählanalyse JAKOB. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie I 2001
- Meyer, A.E.: Zur Endokrinologie und Psychologie intersexueller Frauen. Beiträge zur Sexualforschung. Organ der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. Stuttgart 1963
- Radzik-Bolt, D.: Durch Psychoanalyse und Erzählanalyse dem Unbewussten entlockte Konflikte. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie I 2002
- Schneider, S.: „Enttäuschen“ oder „Ausrasten“: zum Verbgebrauch bei jungen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie I 2002
- Streeck, U.: Szenische Darstellungen, nichtsprachliche Interaktion und Enactments im therapeutischen Prozess. In: Streeck, U. (Hrsg.): Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozess. Göttingen 2000, S. 13-55
- Thomä, H./Kächele, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Grundlagen. Bd. 1. Berlin/Heidelberg/New York 1985
- von Kuensberg, C.: Der Analytiker im Traum: Die subjektive Ausstattung eines Therapeuten im Blickwinkel der Erzählanalyse JAKOB. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie I 2001
- von Wyl, A.: Magersüchtige und bulimische Patientinnen erzählen. Eine narrative Studie der Psychodynamik bei Essstörungen. Bern 2000a
- von Wyl, A.: Was magersüchtige und bulimische Patientinnen erzählen. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 2 (2000b), H. 2, S. 86-105
- Whitebook, J.: Wechselseitige Anerkennung und die Arbeit des Negativen. In: Psyche 55 (2001), H. 8, S. 755-789
- Whitebook, J.: Die Grenzen des ‚intersubjective turn‘. Eine Erwiderung auf Axel Honneth. In: Psyche 57 (2003), H. 3, S. 250-261
- Wiesse, J.: Mens sana in sano corpore. In: Wiesse, J./Joraschky, P. (Hrsg.): Psychoanalyse und Körper. Psychoanalytische Blätter, Bd. 7. Göttingen 1998, S. 5-8

