



Y – Z Atop Denk 2021, 1(10), 6. <https://ypsilon-psychoanalyse.de/themen-der-zeitschrift-y/aus-der-forschung/46-erzaehlen-im-behandlungsraum-und-das-unbewusste-als-kommunikatives-geschehen>

Erzählen im Behandlungsraum und das Unbewusste als kommunikatives Geschehen

Brigitte Boothe

Abstract: Im therapeutischen Kontext kommt es zum Erzählen und Mit-Erzählen. Erzählen lässt sich als Redegattung verstehen, die Ereignisse und Prozesse sprachlich bündelt und als dramaturgisch organisierte Dynamik zur Darstellung bringt, als adressierte Botschaft und als Gestaltungsprozess, der sich ko-konstruktiv vollzieht. Erzählen schafft einen Selbst- und Weltbezug in Erste-Person-Perspektive. Im Folgenden geht es Ermächtigung und Entmächtigung im narrativen Kontext und das Unbewusste in therapeutischer Kommunikation.

Keywords: Erzählen in der Psychotherapie, Krankengeschichte als Erzählung, Erzählung und Deutungsmacht, Unverfügbarkeit und Selbstermächtigung

Im zu Ende gehenden neunzehnten Jahrhundert war das Narrativ noch kein prominentes Schlagwort in Bildungsdiskurs und Medienalltag, kein Omnibusbegriff in der Wissenschaft und Publizistik. Auch hatte sich noch keine interdisziplinäre Narratologie, keine narrative Kulturwissenschaft und keine narrative Psychologie profiliert. Doch in der klinischen Praxis war das Narrativ präsent. Psychiater erzählten. Sie formulierten in den späten Jahrzehnten des neunzehnten Jahrhunderts so einflussreiche wie später im Kontext der Genderforschung als fragwürdig geltende Narrative der Hysterie. Auch Freud war ein erfolgreicher Erzähler mit rhetorischem Talent. Die Fall Erzählung Katharina inszenierte auf der narrativen Bühne

für ein beeindrucktes Lesepublikum ein Schauspiel weiblicher Entmündigung, Verstörung und männlich souveräner Regieführung. Dem Autor gelang es wirkungsvoll, erzählend die zunächst rätselhaften Zeichen und Ausdrucksweisen einer unbewussten Konfliktdynamik anschaulich zu machen. Professionelle Fallerzählungen schaffen Bilder psychischen Leidens, und zwar stets in persönlicher Autor-Perspektive. Vor gläubiger Übernahme wird gewarnt. Doch wenn die erzählende Fachperson sich zum Erzählten fragend und hinterfragend in Beziehung setzt, kann dieser dekonstruktive Prozess fruchtbar werden.

Im zu Ende gehenden neunzehnten Jahrhundert erzählte auch eine berühmte Patientin. Im Fall Anna O. kann man von narrativer Therapie *avant la lettre* sprechen. Hier übernimmt nicht der Therapeut, sondern die Patientin erzählend Regieführung; es kommt im Raum des leidvoll Unverfügbaren zu einer narrativen Selbstermächtigung, die im langen, komplexen und von vielen Rückschlägen durchsetzten Behandlungsgeschehen hilfreich wurde. Erzählen schafft auf der Ebene des Manifesten Kontur, Prägnanz und persuasive Wirkung. Das trägt im Kontext psychischen Leidens für die erzählenden Patienten zur Bewältigungsleistung bei. Auf der Ebene des Latenten vermittelt sich das Nicht-Artikulierte oder Nicht-Artikulierbare, das jedoch in der Erzähldramaturgie angelegt, in narrativer Ko-Konstruktion erschließbar und in der therapeutischen Kommunikation bedeutsam werden kann.

1. Anna und das Kraftfeld des Erzählens

Die junge Patientin mit dem Decknamen Anna O, die Josef Breuer in den frühen achtziger Jahren des neunzehnten Jahrhunderts behandelte, nutzte ihr eigenes erinnerndes Erzählen in den therapeutischen Gesprächen als kuratives Mittel *par excellence*: Anna O – Klarname Bertha von Pappenheim – erfand für die eigene Therapie bei Josef Breuer in den frühen achtziger Jahren die programmatische Wortbildung „talking cure“ oder „Redekur“. Die Charakterisierung „Redekur“ wurde so berühmt wie Anna Os Bild vom „chimney sweeping“ oder „Kaminfegen“. Sie erfand es als Metapher für die

Klärungs- und Befreiungswirkung, die sie dem narrativen Mitteilen erinnerter Vorfälle und der Resonanz dieser Mitteilungen bei ihrem Therapeuten (Breuer 1895) zutraute. Was Freud und Breuer von Anna Os Erzähltherapie überlieferten, gestaltet sich selbst zum einen als äußerst komplexer Expertenbericht einer langdauernden Erkrankung (1880–1882) mit vielschichtigem Beschwerdebild auf der Ebene von gravierenden, auch wechselnden Bewusstseins-, Empfindungs-, Wahrnehmungs-, Sprach-, Gedächtnis- und motorischen Störungen, aber auch als kunstvoll gefügte Darstellung mit dem sympathisierenden Porträt einer jungen passionierten und inspirierten Leidenden (Fichtner u. Hirschmüller 1985). Zentrale Aspekte des Erlebten und Erfahrenen blieben der Patientin lange Zeit unzugänglich und unverfügbar.

1.1. Erzählen als kuratives Geschehen der Bewusstwerdung

Unverfügbar, unzugänglich, entmächtigt, der Kontrolle und dem Wachbewusstsein entzogen: Eben dies erscheint in Breuers Krankengeschichte der Anna O als das „Unbewusste“ (Breuer 1895, S. 33), wobei das Wort nur einmal und dort in Anführungszeichen gesetzt erscheint. Die Patientin wird in der sehr sorgfältigen, umsichtigen Darstellung des Symptomgeschehens und des wechselhaften Krankheitsverlaufs als Person geschildert, die den leiblichen und mentalen Zuständen preisgegeben ist; sie ist im wörtlichsten Sinne *Patientin*, das heißt Leidende, nicht Handelnde, ihren krankhaften rätselhaften Zuständen, veränderten Bewusstseinszuständen und Absenzen Ausgelieferte; sie durchlebt eine Passion, vermag sich nicht etwa als Regieführende zu positionieren. Dann aber wird sie zur Erzählerin, und zwar in Hypnose und Autohypnose, eine Verfassung, die sie als „clouds“ bezeichnete. In diesem besonderen Bewusstseinszustand, in den „clouds“ (Breuer 1895, S. 22), tauchte zuvor nicht Bewusstes, so vermittelt es der Autor, in Anna Os Erinnerung auf, und häufig verstand sie die nunmehr dem Erzählen zugänglichen Eindrücke als Auslöser für eine bestimmte Beeinträchtigung, die sie erinnernd und sprachlich gestaltend zum Verschwinden brachte. Ein Weg der

Selbstermächtigung über das narrative Erinnern eröffnete sich. Auch jenseits der Therapie war für die Patientin das Erzählen ein Königsweg zur Regulierung ihres Befindens. Sie wird als intelligente junge Frau mit bedeutendem kreativem Potential, lebhaftem Temperament, kritischem Geist und ausgeprägtem Interesse an Bildung, Aktivität und Initiative beschrieben, die jedoch in restriktiv, gender-bezogen normativ und religiös einengenden Verhältnissen aufwuchs und für sich selbst eine Gegenwelt intensiven Tagträumens schuf. Märchen eigener Erfindung entstanden; einige davon erzählte sie, der Überlieferung nach, ihrem Therapeuten Josef Breuer. Die Wunschart der Märchen – das Märchen ist Wunschart schlechthin (Boothe 2003) – bedeutete auch der sozial und politisch engagierten Erwachsenen noch etwas, unter anderem publizierte sie ein Märchenbuch. Die Bewältigungsfunktion des Erzählens (Lucius-Hoene 2009) wird in Bertha von Pappenheims – komplexer, langwieriger, von vielfachen Rückfällen durchsetzter und vorübergehend erfolgreicher – Therapie durchaus sinnfälliger. Das Erzählen als kuratives Geschehen der Bewusstwerdung und Versprachlichung eines zuvor noch nicht der bewussten Vergegenwärtigung Zugänglichen galt ihr sowie den Autoren als bedeutsam.

Doch ergeben sich für den Berichtersteller auch wichtige Fragen:

„Man muss nun die Frage aufwerfen, in wie weit die Angaben der Kranken zuverlässig sind, und die Phänomene wirklich die von ihr bezeichnete Entstehungsart und Veranlassung gehabt haben. Was die wichtigen und grundlegenden Vorgänge betrifft, so steht die Zuverlässigkeit des Berichtes für mich außer Frage. Auf das Verschwinden der Symptome, nachdem sie ‚abgezählt‘ waren, berufe ich mich hierfür nicht; das wäre ganz wohl durch Suggestion zu erklären. Aber ich habe die Kranke immer vollkommen wahrheitsgetreu und zuverlässig gefunden; die erzählten Dinge hingen innig mit dem zusammen, was ihr das Heiligste war; alles, was einer Controlirung durch andere Personen zugänglich war, bestätigte sich vollkommen. Auch das begabteste Mädchen wäre wohl nicht im Stande, ein System von Angaben auszubauen, dem eine so grosse innere Logik eigen wäre, wie es bei der hier dargelegten Entwicklungsgeschichte ihrer Krankheit der Fall ist. Das aber ist

von vorne herein nicht abzuweisen, dass sie eben in der Konsequenz dieser Logik manchem Symptom eine Veranlassung zuge-schoben hätte (im besten Glauben), die in Wirklichkeit nicht bestand. Aber ich halte auch diese Vermuthung nicht für richtig. Gerade die Bedeutungslosigkeit so vieler Anlässe, das Irrationale so vieler Zusammenhänge spricht für ihre Realität. Der Kranken war es unverständlich, wieso Tanzmusik sie husten mache. Für eine willkürliche Construction ist das zu sinnlos. Ich allerdings konnte mir denken, dass jeder Gewissenskrupel ihr notorisch Glottis-krampf verursachte, und die motorischen Impulse, die das sehr tanzlustige Mädchen empfand, diesen Glottis-krampf in eine tussis nervosa verwandelten. Ich halte also die Angaben der Kranken für ganz zuverlässig und wahrheitsgetreu“ (Breuer 1895, S. 34–35).

War es in der Tat die Verknüpfung von auslösenden Situationen mit erinnerndem Erzählen, die jeweils zu vorübergehender Besserung geführt hat? Die Zuverlässigkeit und Wahrheitstreue war für den skeptisch Reflektierenden entscheidend. Wichtig ist aber auch, darauf hinzuweisen, dass die Patientin erzählend von der Erleidenden und hilflos Preisgegebenen zur handelnden und gestaltenden Person wurde. Aus der Patientin wurde eine Akteurin. Darüber hinaus sah sie sich begleitet von einem Halt gebenden Anderen: Wie auch Nitzschke (1990) vermutet, ist anzunehmen, dass die emotional sympathisierende Resonanz eines vertrauenswürdigen, optimal stützenden und unterstützenden Rezipienten ihres Erzählens positiv wirksam war. Die emotional sympathisierende Partizipation eines hochgeschätzten Adressaten begünstigt Vertrauen, Zutrauen und emotionale Nähe. Die therapeutische Begegnung zwischen Bertha von Pappenheim und Josef Breuer wurde zu einem von der Erzählregie der Patientin und der Resonanz des Gegenübers getragenen Bündnis der Ermächtigung. Das Bündnis muss die junge Erzählerin, die unter häuslicher Fremdbestimmung, Kontrolle und Autoritätsgehorsam litt, ermutigt haben. Das Bündnis des Vertrauens und Zutrauens erlaubt auch Entfaltung auf der Bühne des Erzähltheaters. Bertha von Pappenheim hatte nach Beendigung des therapeutischen Kontakts mit Josef Breuer bekanntlich noch eine lange Leidens- und Behandlungsgeschichte vor sich, wie unter anderem Nitzschkes (1990) Recherche überzeugend darlegt.

2. Katharina und die narrative Ko-Konstruktion

Die Patientin Anna O gelangte erzählend jeweils für eine gewisse Zeit zur Besserung ihrer Beschwerden und ihres Befindens. Und, wie erwähnt, publizierten die Autoren ihrerseits die Behandlung in den „Studien über Hysterie“ mindestens zum Teil mit narrativen Darstellungsmitteln. Dass ernsthafte Zuhörer sich auf den Prozess narrativer Ermächtigung mit ko-konstruktiver Kompetenz einließen und partizipative Resonanz zeigten, darf als ein essentieller Teil der Behandlung angenommen werden.

Im folgenden Beispiel ist der Therapeut Sigmund Freud sowohl der Erzähler, der eine Geschichte publiziert, als auch narrativer Mitgestalter mit ko-konstruktiver Kompetenz. Und wiederum geht es um die, in diesem Fall ganz unorthodoxe, Behandlung einer jungen Frau. Es handelt sich um Freuds Geschichte von Katharina, in der er als Ich-Erzähler die narrative Kooperation zwischen den beiden Dialogpartner*innen, Katharina und dem Autor, anschaulich zur Darstellung bringt.

Auch die junge Frau mit dem Decknamen Katharina schildert belastende körperliche und psychische Symptome rätselhafter Art. Sie suchte das Gespräch mit Freud, weil anderweitige nervenärztliche Behandlung bisher erfolglos geblieben war. In Freuds denkwürdiger, bis heute weithin prominenter Spontantherapie ging es um ein Bewusstmachen, eine bewusste Vergegenwärtigung von bisher nicht-integrierten Erlebnissen der jungen Frau im Zusammenhang mit Sexualität und Übergriff. Das heilende Gespräch mit der jungen Katharina (Klarnamen Aurelia Kronich), die als Wirtstochter (Freud verwandelt sie in die Nichte) im Bergrestaurant mitarbeitete, vollzieht sich als Story telling.

Freud wandert im Gebirge, macht Rast im Restaurant und genießt draußen die Aussicht, dann kommt überraschend Katharinas Initiative:

„Nach anstrengender Wanderung oben angelangt, gestärkt und ausgeruht sass ich dann, in die Betrachtung einer entzückenden Fernsicht versunken, so selbstvergessen da, dass ich es erst nicht auf mich beziehen wollte, als ich die Frage hörte: ‚Ist der Herr ein

Doctor?’ Die Frage galt aber mir und kam von dem etwa 18jährigen Mädchen, das mich mit ziemlich mürrischer Miene zur Mahlzeit bedient hatte und von der Wirthin ‚Katharina‘ gerufen worden war“ (Freud 1895, S. 106).

Dies ist herausgegriffen aus dem Anfang der Erzählung „Katharina“, die als biografische Begebenheit schriftlich niedergelegt und von ihrem jungen Autor Sigmund Freud in den *Studien über Hysterie* (1895) publiziert worden war. Das dramatische Geschehen auf der Erzählbühne entfaltet sich nach Katharinas Eingangsfrage „Ist der Herr ein Doctor?“ als Dialog. Katharina leidet unter rätselhaften „Nerven“-Beschwerden vielfältiger Art und hat bisher keine wirksame ärztliche Hilfe erhalten.

Nachdem Katharina zunächst zielsicher und in eigener Initiative den Kontakt zum „Doctor“ hergestellt hat, schildert sie ihm auf seine Fragen hin ihre Beschwerden:

„Ich hab’ so Athemnoth; nicht immer, aber manchmal packt’s mich so, dass ich glaube, ich erstick’.“ Freud bittet sie um genauere Mitteilungen: „Setzen Sie sich her. Beschreiben Sie mir’s, wie ist denn so ein Zustand von ‚Athemnoth‘? ‚Es kommt plötzlich über mich. Dann legt’s sich zuerst wie ein Druck auf meine Augen, der Kopf wird so schwer und sausen thut’s, nicht auszuhalten, und schwindlich bin ich, dass ich glaub’, ich fall’ um, und dann presst’s mir die Brust zusammen, dass ich keinen Athem krieg.’ ‚Und im Hals spüren Sie nichts?’ ‚Den Hals schnürt’s mir zusammen, als ob ich ersticken sollt?’ ‚Und thut es sonst noch was im Kopf?’ ‚Ja, hämmern thut es zum Zerspringen.“ (Freud 1895, S. 106).

Die junge Frau ist wiederum Patiens, passiviert, leidend, ausgeliefert und preisgegeben; Ursprung und Ursache sind ihr bislang unzugänglich und unverfügbar. Sie artikuliert sich also in Freuds dialogischer Darstellung als leidende und entmächtigte Person, sieht sich unter dem Einfluss maligner Veränderung im körperlichen und seelischen Bereich und präsentiert bestimmte Formen des Erlebens und Handelns als Symptome und Beschwerden. Nun aber kommt es im Gespräch zur Expedition ins Nicht-Bewusste und womöglich zur gesundheitlichen Wiederherstellung. Auf der Erzählbühne wird ein publikumswirksames Schauspiel der Enträtselung aufgeführt. Es

lebt, wie das Drama von König Ödipus, vom Dialog. Im aristotelischen Sinn ist sogar die Einheit von Ort, Zeit und Handlung gewahrt, was die Story besonders dicht und spannend macht. Und wie im Drama des König Ödipus der blinde Seher Teiresias tritt hier Freud als zunehmend Sehender im aufklärenden Gespräch mit einer noch ahnungslosen Figur auf, die in Familienkonflikte mit verstörenden sexuellen Implikationen verstrickt ist. Die Aufklärung schafft Klarheit. Doch anders als bei Ödipus geht es um Zeugenschaft, nicht um Täterschaft. Und kommt es bei Ödipus zur ultimativen Tragödie, jedenfalls vor der Eremitage des äußerlich Blinden, aber innerlich Sehenden, auf Kolonos, so wird die Lösung des Rätsels bei Katharina als innere Befreiung wirksam.

So entfaltet sich das Schauspiel: Eine prachtvollte Bergkulisse wird anfangs aufgebaut. Es ereignet sich, folgt man Freuds Narrativ, im szenischen Dialog ein suggestiv-persuasives Miteinander, das der Autor, ohne dieses Wort zu verwenden, als Prozess der Bewusstwerdung schildert. Der intensive, emotional engagierte Austausch vollzieht sich innerhalb der Haupterzählung in einem narrativen Bilderreigen, so dass der Dialog zwischen Freud und Katharina den Rahmen bildet, der eine Vielfalt erinnerter Szenen umgibt, die Katharina als Erzählerin dem ärztlichen Rezipienten darbietet. In einer dieser Szenen späht die Protagonistin Katharina durch ein Fenster, wird Zeugin sexueller Handlungen, und so entsteht sogar eine Szene in der Szene in der Szene. Aus dem Verborgenen gelangt die verstörende Wahrheit ans Licht. – Was ist vorgefallen, das die junge Katharina verstört hat? Nach und nach tritt im gemeinsamen Erzählen Sexualität als Tabu, Bedrohung und Faszinosum aus dem Dunkel in die Helligkeit des Tages. Das Wort „unbewusst“ wird im Text an keiner Stelle verwendet, jedoch vollzieht sich auf der Erzählbühne mit Hilfe der Versetzungsregie in einen – jeweils von erzählender und zuhörender Person imaginativ ausgestalteten – Vorstellungsraum ein Drama. Im dialogreichen Beispiel „Katharina“ ist das besonders sinnfällig. Freuds Erzählung baut die charakteristische Spannungskurve von Erzählanfang über Mitte bis zum Abschluss auf oder von der Etablierung des Settings mit Ausgangsbasis zu Entwicklung/Komplikation bis zum Abschluss auf (Boothe 2009; Boothe et al.

2009). Es kommt zum effektiv ausgearbeiteten glücklichen Abschluss, zum Happy End: Das Mädchen blüht auf, während es nach und nach relevante Erinnerungsbilder zutage fördert und im Austausch mit Freud und seinen klugen Fragen Einsichten gewinnt. Am Ende ist das Rätsel gelöst, Katharina fühlt sich befreit. Das kurative Gespräch wird narrativ sowohl konkret als auch symbolisch als Gipfelereignis inszeniert. Auf der Bühne wird, unter Regieführung des Erzählers, ein Kammerstück des Enthüllens aufgeführt – wobei die Gesprächspartner den detektivischen Dialog nicht in der Kammer führen, sondern in Bergeshöhe. Wieder handelt es sich um eine Redekur, wohl mit exzellenter Wirkung, und zwar für beide.

Es sei nochmals betont, dass es sich nur in der dem Narrativ angefügten Epikrise um einen wissenschaftlichen Bericht handelt. Weder in der Erzählung noch in der Epikrise findet sich eine Verwendung des Wortes „unbewusst“, jedoch spricht der Autorin der Epikrise von „Bewusstseinspaltung“, der Abspaltung eines – meist sexuell-traumatischen Inhalts, der die Entwicklung psychischer Störungen begünstigt.

2.1. Erzählende Anverwandlung von Lebenswirklichkeit

Therapeut*innen erzählen, wenn sie ihre Patient*innen porträtieren und von ihren Behandlungen sprechen. Im Spektrum der Kasuistik scheint das Erzählen insbesondere dann unverzichtbar, wenn es um die Darstellung unbewusster Dynamiken geht. Freud, von Katharina erzählend, schildert eine wirkliche Begebenheit, doch nicht im Duktus einer Information über Daten und Befunde, sondern als szenische Dynamik, die dramaturgisch organisiert ist. Das Schauspiel der Enträtselung zeigt einen kunstvoll und effektiv gefügten Kosmos in der Perspektive des Autors. Die Erzähl-dramaturgie ist die einer Erfolgsgeschichte mit detektivischen Zügen.

In der narrativen Darstellung ist der Wirklichkeits- oder Weltbezug personenzentriert und selbstinteressiert. Es findet die Anverwandlung von Lebenswirklichkeit in einen persönlichen Kosmos statt. Das Gegebene erscheint im Horizont der Präferenzen und

Relevanzen des Erzählers. Hervorzuheben und zu beachten ist, dass die Ermittlung den klugen und empathischen Spürsinn des Protagonisten Sigmund Freud veranschaulicht, der im Gespräch mit seinem zunächst scheinbar ahnungslosen Gegenüber ans Licht holt, was das eben nur scheinbar ahnungslose Gegenüber vor sich selbst verbarg. Diese kommunikative Hebammenkunst der Entbergung dessen, was sich in der Latenz verbirgt und bis dahin nur Ausdruck in Katharinas psychischen und körperlichen Beschwerden gefunden hatte, veranschaulicht Freud im dargestellten Dialog, der freilich zur kunstvoll ausgearbeiteten biografischen Geschichte wurde, mit all den rhetorisch wirkungsvollen Idealisierungen und Prägnanzeffekten, die man in Video- und Audioaufzeichnungen therapeutischer Gespräche heute vergeblich suchen würde.

Hatte Bertha von Pappenheim die heilsame Wirkung des Erzählens am eigenen Leib erfahren und sogar programmatisch, eben als „talking cure“ oder „Redekur“, gewürdigt, so wird Freud bezüglich Katharina selbst zum Erzähler, der für seine Leser dramatische Spannung schafft, um ihnen per Versetzungsregie in das Dort und Damals einen Erzählgenuss im Hier und Jetzt zu verschaffen.

Die erzählende Darstellung ermöglicht auch den heutigen Lesenden die imaginative Teilhabe an einem Schauspiel mit Bergkulisse, Sommerflair, Protagonisten und Antagonisten. Man genießt einen aufregenden, auf Rätsellösung hin orientierten Dialog; das Publikum darf spielerisch miträtseln. Man hat durchaus schaulustiges Vergnügen am Blick durchs Schlüsselloch und konnte sich, wenigstens damals, mit einer exzeptionellen ärztlichen Autorität identifizieren, zu jener Zeit vielleicht sogar noch mit einer unschuldig in gefährvolles sexuelles Grausen verstrickte Mädchenfigur, die sich im Gespräch einer wissenden jungen Vätergestalt anvertraut und immerhin zu einem gewissen Maß an Selbstbewusstsein und sexueller Selbstverfügung gelangt.

Recht eigentlich handelt es sich um drei miteinander verbundene Geschichten: die Erzählung Freuds, die Erzählung Katharinas und die gemeinsame Erzählung der beiden als narrativer Dialog. Das junge Mädchen bat Freud, den Gast im Restaurant, dessen Namen, mit Dr.-Angabe, sie im Fremdenbuch des Restaurants gesehen hatte,

um Rat ihrer eigentümlichen Anfälle wegen, und es entstand zwischen den beiden oben auf dem Bergmassiv eine narrative Ko-Konstruktion als Expedition in einen dunklen Kontinent.

Das Gespräch zwischen Freud und Katharina ergab sich überraschend und konnte seinerzeit nicht unter Bedingungen wissenschaftlicher Beobachtung und Untersuchung stattfinden. Der Zugang zum Dargestellten erfolgte nicht intersubjektiv, sondern in der Perspektive des Autors und im persuasiven Duktus des dramaturgisch organisierten Story telling. Freuds Erzählung vermittelt sich als Erfolgsgeschichte mit wunscherfüllender oder hedonischer Prämie für den Autor, die ganz offen – auch von Lesenden – genossen werden kann oder als Regulativ des Befindens in der Latenz wirksam bleibt.

Beide Patientinnen, Anna und Katharina, wurden im Sinne eines Nicht-Bewussten oder Unbewussten als entmächtigte Personen mit eingeschränktem Akteurstatus dargestellt, die der Unverfügbarkeit und Unzugänglichkeit von Erlebtem und Erfahrenem preisgegeben waren und in der Kooperation mit ärztlicher Autorität Selbstverfügung und Selbstermächtigung wiedererlangten.

3. Erzählen und Deutungsmacht

Sicherheit des Erzählens, zuspitzende Bestimmtheit der Darstellung zeichnet auch die im Folgenden vorgeführte narrative Sequenz aus. Nicht nur als Diagnostiker und Forscher genießt Kernberg höchstes Ansehen diesseits und jenseits der Psychoanalyse, sondern auch als ausgewiesener Psychotherapeut, der Behandlungsmodelle für schwere Persönlichkeitsstörungen vorgelegt hat (2009). In zahlreichen Kasuistiken erläutert und illustriert er sein Vorgehen, so auch in folgendem kurzen Textausschnitt (Kernberg 2012; ebenfalls thematisiert in Boothe 2019):

„Die Patientin ist eine 26-jährige Frau mit narzisstischer Persönlichkeit, eine schöne, junge Frau aus aristokratischem Hause, sehr reich. Sie hat alles, was sie sich wünschen kann, ist hoch intelligent, kreativ. (...) Sie hielt sich für die beste Künstlerin ihres Fachs: Das

haben noch nicht alle erkannt, wenn sie aber einmal überall bekannt sein wird, wird sie zu den Größten ihrer Disziplin zählen. (...) sie hat Verstand und Tiefe, wenngleich auch dies noch nicht allgemein so gesehen wird, wie sie glaubt. Dennoch hat die junge Frau zwei Probleme in ihrem Leben: Sie ist noch nicht so berühmt, wie sie sein wollte, und obwohl sie so viele Männer um sich herum hat, wie sie sich nur wünschen kann, ist sie verzweifelt, glückte ihr bis jetzt doch keine feste Beziehung. Alle ihre Beziehungen zerbrachen, denn die Männer sind ja alle ‚Loser‘. Sie weiß ganz genau, was sie will: einen Mann in ihrem Alter, der schön ist, athletisch, Professor an einer großen Universität oder Chef eines internationalen Konzerns und Hunderte Millionen Dollar ‚wert‘.... Das Beschriebene ist weder übertrieben noch eine Karikatur. Es handelt sich um einen sehr ernsten Fall, obwohl er oberflächlich fast wie ein karikaturhaftes Syndrom erscheint...“ (Kernberg 2012, S. 14f.).

Oder handelt es sich doch um eine Karikatur; immerhin ist die Darstellung im ironischen Duktus gehalten? Die souveräne Distanz des Therapeuten verdeutlicht sich auch im Verweis auf den Behandlungsbeginn und die erste erregte Auseinandersetzung. Denn nach „ein paar Wochen der ‚idealen Beziehung‘, in der ich – ‚der größte Therapeut‘ –, da ist sie vollkommen sicher, – sie, ‚die größte Patientin‘ hat, kommt es zum Sturm. In einer Stunde hatte sie das Gefühl, ich hätte eine leicht ironische Einstellung gegenüber ihrer Behauptung, sie sei die größte Künstlerin der Welt. ‚Glauben Sie, dass Sie überleben könnten, wenn die Welt Sie nicht als die größte Künstlerin erkennt? Gibt es da eine Möglichkeit zu überleben?‘, war meine Frage. Es folgte ein schrecklicher Wutanfall: Ich zweifle an ihr, sie habe gewusst, dass sie mir nicht trauen könne – und sie stürmte hinaus“ (Kernberg 2012, S. 15–16). Sie kommt dann wieder, die Behandlung wird über eine Reihe von Jahren fortgesetzt; und es kann ein entscheidender Fortschritt erzielt werden: Trotz wiederkehrender dramatischer und destruktiver Einbrüche in der Kooperation ließ sich in einem Jahre dauernden Prozess eine tragfähige Beziehung aufbauen. Allmählich wurde, wie Kernberg berichtet, der Analytiker zu einem überwiegend guten Objekt, das den destruktiven Attacken und Entwertungen standhielt. Dem Analytiker gelang es, so versteht Kernberg die Beziehungsdynamik, auf eine latent bleibende

Hoffnung zu antworten: „...ich würde ihrer Aggression widerstehen, trotz ihrer wütenden und hasserfüllten Entwertung weiterhin Geduld mit ihr haben“ (Kernberg 2012, S. 17).

Eruptive Auseinandersetzungen bleiben gleichwohl häufige Vorkommnisse, die der Therapeut dem Störungspotential der Patientin zuschreibt. Was die Patientin erlebt und was sich in der Beziehung ereignet, sind in Kernbergs Sicht Ausdrucksformen einer unbewussten Dynamik, die er in Worte zu fassen, zu explizieren und auch der Betroffenen zu vermitteln weiss: „Langsam versuche ich ihr klarzumachen, dass ihre Wut auf meine Zweifel an ihrer Großartigkeit zur Zerstörung meiner Imago geführt hat, die dann auf sie überging, während sie selbst hoffnungslos war“ (Kernberg 2012, S. 16). „Langsam klarmachen“: Kernberg positioniert sich in der Erzählung als derjenige, der „klarmacht“ und – dies wird in mehreren Textpassagen sinnfällig – im Verständigungsprozess konsequent die Deutungshoheit in Anspruch nimmt. Wer einem anderen etwas klar macht, etabliert überlegene autoritative Kompetenz, etabliert ein Lehrer-Schüler-Gefälle und zielt auf eine Version des Verstehens, die, bei erfolgreicher Belehrung, gemeinsam geteilt werden kann. Der Patientin ist damit die Position der Aufnehmenden und Folgenden zugewiesen, die sich im günstigen Fall nach und nach die Verständnisangebote aneignet. So heißt es beispielsweise: „Langsam versuche ich ihr klarzumachen, dass ihre Wut auf meine Zweifel an ihrer Großartigkeit zur Zerstörung meiner Imago geführt hat...“ (Kernberg 2012, S. 16); „Ich konnte ihr zeigen, dass sie das Gefühl hatte...“ (Kernberg 2012, S. 17); „Als die Patientin allmählich verstand, dass ihre Wut über die Enttäuschung darüber, von mir nicht als die größte Künstlerin der Welt gesehen zu werden, dies alles ausgelöst hatte, kam sie langsam wieder zu sich“ (Kernberg 2012, S. 16).

3.1. Sichere Expertenautorität

Die gesamte Kasuistik vermittelt großes Engagement für die ratsuchende Person, aber auch die normative und souveräne Sicherheit des Verfassers, der in den vielfachen Turbulenzen als Fels in der

Brandung inszeniert wird. Auch Freud wurde als Protagonist in der Erzählung zum Fels in der Brandung. Auch Freud trat auf in der Haltung der Sicherheit. Zwei professionelle Persönlichkeiten profilieren sich erzählend, und zwei Autoritäten der Psychoanalyse konstellieren jeweils erzählend eine deutungsmächtige Beziehung. In der Tat ist das Narrativ ein Medium der Vergewisserung, auch der affirmativen Vergewisserung des Selbst- und Weltbezugs. Das macht Eindruck, sowohl als Feedback für Selbst-Gewissheit als auch für ein beeindrucktes Publikum. Es bedeutet aber auch Vereindeutigung im Dienst der Prägnanz, der Suggestion und Persuasion. Vereindeutigung drängt zur Seite und drängt weg, was nicht dazu passt. Sehr wohl kann daher eine eindrucksvoll prägnante Geschichte auch ein Werk der Blendung und Selbstblendung sein. Sichere Expertenautorität lädt ein zum Folgen und zur Gefolgschaft; es ist möglich, dass Selbstkenntnis und Beziehungssensibilität dabei vernachlässigt werden.

In Kernbergs Fallerzählung scheint es nur eine Position als die gütige und vertretbare zu geben; der Protest seiner Patientin erscheint als Ausdruck ihrer Pathologie. Die Vorstellung, ein gewisses Einverständnis mit sich selbst nur in maximalem künstlerischen Erfolg erreichen zu können, mag hochgradig illusionär sein. Und es ist aus psychotherapeutischer Sicht aufklärungsbedürftig, welche Entstehungsgeschichte zu einem derart imperativen Anliegen führt. Doch zugleich ist es von großer Bedeutung, die Vorstellungswelt der Patientin auch in der Perspektive der ersten Person mitzuvollziehen und an dieser Vorstellungswelt zu partizipieren (Boothe u. Streck 2004). Daher kann der Schritt zum authentischen Therapie-Protokoll mit Hilfe der technischen Medien, die Audio- und Videodokumente bereitstellen können, in seiner Bedeutung gar nicht überschätzt werden. Ein Beispiel wird weiter unten diskutiert.

Kontinuierlich geht es darum, in die narrative Ko-Konstruktion, in eine partizipative Erzähldynamik zu gelangen und von dort aus einen reflexiven Dialog zu eröffnen; einen Dialog, der – in dem Maße, in dem es für den Patienten als Erzähler verträglich ist – von der narrativen Vereindeutigung zur Öffnung des Vorstellungsraums gelangt. So gesehen ist das therapeutische Angebot in der narrativen

Exploration, dass der Therapeut mit dem Akteur- und Entscheidungsstatus des Patienten rechnet und die eigene Position zur Debatte stellt. Der Therapeut soll nicht vermitteln: Trau dir selbst nicht. Hör auf mich. Ich weiß es besser (Boothe u. Streeck 2004).

4. Bestimmtheit und Offenheit des Erzählens

Psychoanalytiker und Psychotherapeuten bieten – die Beispiele sollten das verdeutlichen – narrative Konstruktionen an, wenn sie ihre Patienten porträtieren und deren Behandlungen schildern – etwa in Kasuistiken, Fallanalysen, Supervision und Intervision. Psychoanalytische Kasuistiken haben damals und heute narrativen Charakter, thematisieren – je nach Umfang und Zweck – das Krankheitschicksal einer Person und gestalten Handlungsdynamik auf einen guten oder schlechten Ausgang hin. In diesem Verständnis ist, mit Tölle (1987, S. 36) gesprochen, „Kranken-Geschichte ... einerseits Krankheitsgeschichte, andererseits Lebensgeschichte des Kranken. Sie beschäftigt den Mediziner nicht nur als Wissenschaftler, sondern auch in der täglichen Praxis als behandelnder Arzt“. Und Tölle betont: „Der Arzt wird mit der Krankheit konfrontiert, und zugleich begegnet er dem Menschen mit seinen biographischen und situativen Bezügen“ (Tölle 1987, S. 36). Das erzählte Porträt eines Patienten bietet die sprachliche Plattform, um Krankheit und persönliche Krankheitserfahrung, „disease“ und „illness“ zu verbinden.

Es geht in einem solchen Porträt um die körperliche, psychische und soziale Situation eines Patienten, und der Verfasser eines narrativen Porträts bringt sich als empathisch Beteiligter, aber auch als machtvoll Urteilender zum Ausdruck (Rüger 2007). Der Erzählende setzt sich zum zentralen Objekt der Darstellung ins Verhältnis und vermittelt sich einer dritten Instanz, einer Fachkollegenschaft oder einem Laienpublikum.

In dieser Vermittlung kann Deutungsmacht unvermerkt eine höchst einflussreiche Rolle spielen. Betont sei *unvermerkt*. Die Begegnung mit den Patienten, die Kommunikation mit ihnen werden – ob dies professionell reflektiert wird oder nicht – als emotionale

Beziehungen für den Therapeuten wirksam. Josef Breuer als emotional engagierter Ko-Konstrukteur war als Partner in der Beziehung präsent. Freuds Erzählung von Katharina vermittelt eindrucksvoll den Enthusiasmus des kühnen und erfolgreichen Arztes und Entdeckers. Sie vermittelt aber auch, und zwar ohne, dass der Erzähler Freud dies ausdrücklich thematisiert, wie er sich zu Katharina in Beziehung setzt. Freud begegnet dem Mädchen, dessen mundartlich ländlichen Rededuktus der Erzähler im Schriftlichen nachzuahmen sucht, als einer gleichsam unverbildeten Person, die ihm in naiver Authentizität gegenübertritt, zwar von virginalem Grausen der Sexualität gegenüber erfasst, aber ohne das hochnotpeinliche gezielte Aversionsgebaren, das Freud von der gehobenen urbanen Weiblichkeit zu kennen meint. Der Darstellungsduktus macht also der Aufmerksamkeit des Lesenden eine nicht-reflektierte Haltung des Autors, einen unbewussten Habitus im Bourdieuschen Sinn (1993) zugänglich: Er schildert Katharina mit dem souveränen Wohlwollen – es geht eben durchaus um die Markierung feiner Unterschiede (Bourdieu 1987) – des Gebildeten für schlichte, gegen zu massive Selbstentfremdung immune, Bergbauerngemüter.

4.1. Hinterfragung von Deutungsmacht

Wie sich die emotionale Beziehung zum Patienten konstituiert, ist für die Beteiligten im Interaktionsgeschehen ein Prozess, der sich vor aller Versprachlichung und Vergegenwärtigung in unbewusster Relationalität vollzieht. Im kasuistischen Erzählen kann und sollte dieses Beziehungsgeschehen direkt oder indirekt Resonanz finden. In diesem Sinn ist eine dekonstruierende Öffnung des Erzählens möglich, als Ausgangspunkt für die Reflexion der Beziehung. Auf einer solchen Basis kann das Narrativ selbst – Argelander hat hier wirkungsvolle Impulse gesetzt – dem Denken und Fühlen des Therapeuten ausdrücklich Raum geben. In diesem Sinne zeichnet es ein psychoanalytisches Narrativ aus, wenn es der Resonanz des Erzählers auf das Gegenüber, den eigenen Empfindungen und Beziehungsantworten Raum gibt. Dazu ein Beispiel (vgl. auch Boothe 2001). Es

entstammt dem prominenten Buch: "Die Kunst des Anfangs" von Anita Eckstaedt (1996). Das szenische Verstehen, die emotionale Beteiligung, die innere Beziehungsantwort und ihre Reflexion sind in den Jahrzehnten, die zwischen Argelanders (1970) Buch und Eckstaedts Werk liegen, im Vokabular der Psychoanalyse zum selbstverständlichen Inventar geworden (vgl. zum Beispiel auch Buchholz 2020; Hamburger 2018; Streeck 2000).

„Als die Patientin kam, musste ich ein wenig den Atem anhalten; denn für eine nunmehrige Medizinstudentin, die lange zuvor Sprachen, Philosophie und Soziologie studiert hatte – das erfuhr ich, als ich nach den persönlichen Daten fragte – war sie ‚top‘ angezogen. Ihr Anzug aus Atlasseide und Lack in Schwarz und Weiss wäre für einen offiziellen Festakt oder ähnliches passend gewesen. Offensichtlich war sie in Feststimmung, in Hochstimmung. Doch so früh mochte ich dem nicht den Ausdruck einer manischen Abwehr beilegen, ich musste meine offene analytische Haltung bewahren. Die junge Frau war groß, ihr Gesicht blass, ihre Bewegungen und Sprache, in sich durchaus zusammengehörig und stimmig, hatten etwas sehr Eigenbetontes, Getragenes, Feierliches, was insofern zur Kleidung passte. An dieser ganzen Komposition fiel mir durch das Schwarz-Weiß eine Überbetonung, eine Übersteigerung auf... Etwas Überspanntes lag in der Atmosphäre, das ein Gefühl von Befremdlichkeit in mir auslöste. Obwohl sie groß war, nahm ich eigentlich nur den Kopf, den verhältnismäßig langen Hals und die, vom Zuschnitt der Kleidung her, extrem breit ausladenden Schultern wahr. Es war, als hätte ich alles andere ausgeblendet. Ich teilte also in ein ‚oben‘ und ‚unten‘ und tendierte dazu, das ‚unten‘ zu leugnen“ (Eckstaedt 1996, S.119).

Die Erzählende artikuliert, wie sie sich selbst zu dem, was ihr vor Augen trat, unmittelbar affiziert fühlte. Sie musste zunächst „ein wenig den Atem anhalten“, berichtet also von einer körperlichen Reaktion, dabei geht es, wie sie schildert, um eine Erwartungsdiskrepanz: Sie hat mit einer Frau gerechnet, die gekleidet ist, wie man es üblicherweise von einer Studentin erwartet, und sieht sich einer Person gegenüber, die von Kopf bis Fuß zurechtgemacht ist wie für ein offizielles Festereignis und zwar in teurer, edler und hochmodischer und hochauffälliger Ausstaffierung. Die Analytikerin zeigt sich hier

also unter dem Eindruck der Wahrnehmung, während man zugleich miterlebt, wie sie einen ersten Versuch der professionellen Kategorisierung unternimmt und verwirft: Verweist diese Selbstausschließung auf manische Abwehr? Nein, so früh will sie sich nicht festlegen. Es gibt auch Passagen, in denen sie ein registrierendes Urteilen vornimmt, wenn es etwa heißt, dass Bewegungen und Sprache in sich zusammengehörig und stimmig sind, wenn etwas Überspanntes in der Atmosphäre liegt, das seinerseits Befremdliches auslöst; und im Urteil „überspannt“ ist ein kritisches Moment bereits angesprochen. Der Anzug bringt in Eckstaedts Darstellung den Leib zum Verschwinden, und zwar so, dass dieser Anzug eine übermäßige und imposante und plakative wirkungsmächtige und doch fehlplatzierte Präsenz gewinnt. Ein wenig den Atem anhalten, sich nicht gleich festlegen, der Verwunderung Ausdruck geben, eine Haltung der Offenheit wahren: Eckstaedts Erzählung schafft, anders als Freuds Katharina-Narrativ, keine Gewissheit und Sicherheit des Verstehens und Festlegens. Was ist mit der Patientin los? Was ist mit mir los? sind hier offene Fragen, die im Austausch und auch in der narrativen Präsentation womöglich nicht an einen festlegenden Abschluss gelangen. Eckstaedts Erzählung hat Potential, das beziehungs- und psychodynamisches Verstehen mit Aspekten der Selbsterfahrung verbindet.

5. Erzählen und Selbstentmächtigung

Patientinnen traten bisher im Verlauf der Erörterung nur im Spiegel von Therapeuten-Narrativen auf. Nun kommt eine Patientin selbst als Erzählerin zu Wort. Therapeut-Patient-Gespräche sind dank der wichtigen Initiative, die für die empirisch-psychoanalytische Fallforschung von Thomä u. Kächele ab 1988; sodann Thomä u. Kächele 2006 a, b, c) und der Gründung der Ulmer Textbank (Mergenthaler 1986; sodann Mergenthaler 2013) ausgegangen war, als Transkripte von Ton- und Videoaufnahmen zugänglich, und mündliche Erzählungen von Patienten lassen sich in diesen Protokollen systematisch extrahieren. Das heißt, narrative Formen autobiographischer

Mitteilung können im Gesprächsfluss identifiziert werden, die Begebenheiten zu einer in sich gegliederten und abgegrenzten Episode gestalten und als Aufführung mit Anfang, Mitte und Ende präsentieren. Die Erzählung, die zur Veranschaulichung dient, wird im Folgenden in ihrer manifesten Gestalt wiedergegeben und sodann – wenn auch in großer Verknappung – in ihrem dramaturgischen Potential, und im Blick auf Erzähldynamik und Psychodynamik exploriert.

Es handelt sich um die Erzählung einer jungen erfolgreichen Wissenschaftlerin, deren grundloses Weinen ihr selbst rätselhaft ist. Sie sucht psychotherapeutische Hilfe, weil sie in geselligen Situationen ihres Berufsalltags, im Kreis von Personen geringerer oder mittlerer Vertrautheit plötzlich und grundlos in Erregung gerät und Tränen vergießt. Die Situation ist ihr peinlich, die Umstehenden sind verwundert und können nicht helfen. Frau J. (Anonymisierung) kann sich das Weinen – ein Jahr lang geht das schon – nicht erklären, es sei ihrer Einschätzung nach wohl erstmals aufgetreten, als sie auf Reisen einen Besuch bei ihrer in Wien (Deckangabe) lebenden Freundin (Deckname Daniela) machen wollte. Diese Begebenheit erzählt sie in der ersten psychotherapeutischen Abklärungssitzung, die für das Archiv psychotherapeutischer Transkripte am Lehrstuhl für klinische Psychologie der Universität Zürich als Videoaufnahme dokumentiert und transkribiert wurde (Luder u. Schnell 2013). Der Wiedergabe liegen die Transkriptionsregeln der Ulmer Textbank nach Mergenthaler (1992) zugrunde.

Das aus dem Schweizerischen ins Schriftdeutsche übertragene Narrativ – das Dokument erhält den Titel *Besuch der Freundin, doch nur der Freund ist anzutreffen* – wird in pragmatischer Vereinfachung als Sequenz von Subjekt-Prädikat-Verbindungen verschriftlicht. Redeteile, die sich nicht als Subjekt-Prädikat-Verbindungen darstellen lassen, bilden eine eigene Einheit.

Frau J. (1. Erzählung, 1. Abklärungssitzung)
Titel *Besuch der Freundin, doch nur der Freund ist anzutreffen*

ich habe eine Freundin gehabt / die habe ich,ehm, auf einer Reise kennengelernt / und die wohnt in Wien / und die hat mit ihrem damaligen Freund zusammengelebt in einem Haus / und dann bin ich auch einmal in Wien gewesen, bei meinem Freund / der ist eben auch / den habe ich über sie kennengelernt, (TI: mhm) meinen jetzigen Freund / und dann bin ich einmal bei ihm zu Besuch gewesen / und da hab ich gedacht (Therapeut: der hat in Wien gewohnt?) / jawohl / und dann bin ich dort vorbei, einfach bei ihr / weil ich sie wieder einmal habe besuchen wollen / und dann ist sie nicht dort gewesen, sondern nur ihr Freund / und er ist ebenso jemand / / ich weiß nicht / er bringt mich einfach völlig / ich weiß nicht / woran das liegt / und auf jeden Fall, dann haben wir / dann sind wir (TI: was sind denn das für Gefühle, die da ...) / ich fühle mich völlig unsicher ihm gegenüber / (TI: mhm) und ich weiß gar nicht / was ich überhaupt sagen soll / und mir kommt alles so blöd vor also ich fühle mich einfach überhaupt nicht wohl (TI: haben Sie denn das Gefühl, Sie müssten wie etwas unter Druck, Sie müssten etwas ...) / ja / ich weiß nicht / es ist irgendwie das Gefühl / wenn er mich nur schon anschaut / ich habe das Gefühl / der / ich komme mir schon so richtig nackt vor / also (TI: mhm) / und dann bin ich eben dort gewesen / und dann sind wir im Garten gesessen / und irgendetwas Belangloses geschwätzt und so / und dann irgendwann, ehm, ist es um eben um die Daniela gegangen / und ich habe mit ihr eben auch ein wenig Krach gehabt dort / weil sie ist sehr eifersüchtig gewesen / und ja / und auf jeden Fall, dann haben wir über sie geredet / und dann habe ich nur so gesagt / ehm oder er hat gesagt / ja / wir hätten ja glaub' auch nicht mehr so viel Kontakt / und dann habe ich nur so irgendetwas Zynisches gesagt / ja, irgendwas irgendwas / es sei halt nicht mehr wie früher oder irgendwie so etwas / und dann auf einmal ist es losgegangen / daß ich auch wieder einfach hätte losheulen können / und dann hat er nur so gesagt / ja also, was ist denn mit dir los und so

5.1. Mit-Erzählen, Mit-Imaginieren, Mit-Konstruieren als Beispiel

Narrative Rekonstruktion: Zunächst erhält der Rezipient eine ausführliche Orientierung über Ort, Zeit, Figuren und deren

Beziehungen; sodann folgt die Kundgabe einer Absicht: *und da hab ich gedacht*. Diese Absicht wird in die Tat umgesetzt: *und dann bin ich dort vorbei, einfach bei ihr*. Es folgt eine zusätzliche Begründung: *weil ich sie wieder einmal habe besuchen wollen*. Unerwartet jedoch findet die Besucherin sich allein mit dem Freund der Freundin in deren privaten Bereich: *und dann ist sie nicht dort gewesen, sondern nur ihr Freund*. Der Rezipient ist gespannt, wie es weitergeht, wenn die Freundin, der die Kontaktinitiative galt, abwesend ist, aber der Freund angetroffen wird. Folgt im Fortgang der Erzählung eine Interaktion nur mit diesen beiden? Oder zieht sich die Ich-Figur zurück? Oder kommt es zu einer ganz anderen Entwicklung? Das bleibt zunächst in der Schwebe. Vielmehr unterbricht die Erzählerin die weitere Ereignisdarstellung, um nach Worten zu suchen, mit denen sie den männlichen Protagonisten beschreiben könnte: *und er ist ebenso jemand / mit dem / ich weiß nicht / er bringt mich einfach völlig / ich weiß nicht / woran das liegt*. Sie kapituliert vor der Aufgabe, den Mann und seine Wirkung zu charakterisieren, will mit der Geschichte fortfahren. Das gelingt nur zaghaft: *und auf jeden Fall, dann haben wir / dann sind wir*. Der Therapeut ist in der Erzählsituation der ko-konstruktive Partner; an dieser Stelle regt er die Erzählende an, bei ihrem Innehalten zu bleiben und vielleicht mit ihm, dem Therapeuten, gemeinsam ihre Gefühle zu explorieren: (Therapeut: *was sind denn das für Gefühle, die da ...*) / *ich fühle mich völlig unsicher ihm gegenüber ... wenn er mich nur schon anschaut ... ich komme mir schon so richtig nackt vor*. Das Ringen um Worte hält an, Ansätze, Abbrüche, Korrekturen, Reformulierungen häufen sich. Der Mann erscheint – mindestens dem Zuhörer der Erzählung - als erotischer Provokateur in souveränem Status, der eine Frau verunsichern, in Aufregung versetzen und schwach machen kann. Dann aber geht es weiter zwischen Ich-Figur und männlichem Gegenüber im privaten Raum der Freundin: *und dann bin ich eben dort gewesen / und dann sind wir im Garten gesessen / und irgendetwas Belangloses geschwätzt und so*. Schließlich kommt es im narrativen Prozess zur Thematisierung der Beziehung, die Frau J. mit Daniela gegenwärtig unterhält: *und dann habe ich nur so gesagt / ehm oder er hat gesagt / ja / wir hätten ja glaub' auch nicht mehr so viel Kontakt / und dann habe ich*

nur so irgendetwas Zynisches gesagt / ja, irgendwas irgendwas / es sei halt nicht mehr wie früher / oder irgendwie so etwas / und dann auf einmal ist es losgegangen / daß ich auch wieder einfach hätte losheulen können / und dann hat er nur so gesagt / ja also, was ist denn mit dir los / und so.

War er derjenige, der geäußert hat: *wir hätten ja glaub' auch nicht mehr so viel Kontakt*, oder hat sie das gesagt? Erst heißt es, sie habe das gesagt, dann soll er es gesagt haben. Sagt sie es selbst, so bekundet sie damit, dass die Beziehung zu Daniela in Distanz geraten ist. Die freundschaftliche Bindung hat sich gelockert, gelockert haben sich damit auch, so der mitvollziehende Rezipient, Pflichten freundschaftlicher Loyalität. Sagt er es, denkt der mitvollziehende Rezipient, dann legt er der Besucherin nahe, dass Pflichten freundschaftlicher Loyalität eher locker genommen werden könnten. Die Erzählerin bevorzugt in ihrer Darstellung, dass er es gesagt hat und überlässt damit ihm die Initiative zur Marginalisierung der Bedeutung von Freundschaftspflichten der abwesenden Frau gegenüber. Dann jedoch *habe ich nur so irgendetwas Zynisches gesagt / ja, irgendwas irgendwas / es sei halt nicht mehr wie früher / oder irgendwie so etwas*. Damit bezieht Frau J. unwiderruflich selbst Position: Was früher war, gilt jetzt nicht mehr, auch wenn sie es ins Diffuse mit *irgendwas* und *irgendwie* etwas ins Diffuse bringen will. Nun tritt das Symptom auf: *daß ich auch wieder einfach hätte losheulen können*. Und der Mann reagiert mit Erstaunen: *und dann hat er nur so gesagt / ja also, was ist denn mit dir los*. Soweit also eine exemplarische Rekonstruktion des ko-konstruktiven Mitvollzugs entlang der Erzähl-dramaturgie.

Exploration der Beziehungskonstellation: Wie gestaltet sich das Spiel der Beziehungen? Was wird in der Erzählung arrangiert und dramaturgisch in Bewegung gesetzt? Frau J. arrangiert in der Erzählung eine Beziehungskonstellation zwischen vier Figuren: Die Ich-Figur, die ihren Freund besucht und von ihm weggeht, um ihre Freundin zu besuchen, dort deren Liebespartner trifft und mit ihm eine Weile allein bleibt. Auf die indirekte Kundgabe: Es ist nicht nötig, auf die abwesende Daniela Rücksicht zu nehmen, folgt nicht die

Annäherung an den anwesenden Mann, sondern ein gleichsam weinender Zusammenbruch. Damit vermittelt die Erzählerin, dass sie nicht aktiv Handelnde, sondern passiv Leidende ist. Es geht also um eine narrative Darstellung von Selbstentmächtigung, zugleich auch – berücksichtigt man die dezente Intimität der Situation – eine Selbstpreisgabe mit potentiell erotischen Zeichen.

Zwei Frauen sind in Freundschaft verbunden. Jede der beiden steht in einer intimen Partner-Beziehung. Die Ich-Figur begibt sich in das Zuhause ihrer Freundin und bleibt dort, im persönlichen Ambiente mit deren Partner, allein. Hier eröffnet sich dramaturgisch eine Annäherungs-Intimisierungsmöglichkeit und damit zugleich das Risiko eines Loyalitätsbruchs, was die Freundin betrifft. In der Erzählentwicklung kommt es zu emotionaler Diffusion und Zäsur und schließlich zum Verlust sowohl des Handlungspotentials der Ich-Figur im Erzählgeschehen als auch zum Verlust der Erzählregie in der kommunikativen Situation.

Von der Erzähldynamik zur Psychodynamik: Wie lässt sich das Narrativ im psychodynamischen Kontext erschließen? Zwischen Mann und Frau – so das Entwicklungspotential der Dramaturgie – könnte erotische Nähe entstehen. Und zwar erotische Nähe zu einem männlichen Gegenüber, das sie aus der Fassung bringt: *ja / ich weiß nicht / es ist irgendwie das Gefühl / wenn er mich nur schon anschaut / ich habe das Gefühl / der / ich komme mir schon so richtig nackt vor.* Erzählregie und kohärente Gestaltung der narrativen Sequenz gehen vorübergehend verloren. Die Veruneindeutigung, die Diffusion verhindern, dass etwas zum aktuellen Zeitpunkt Nicht-Formulierbares, Nicht-Sagbares geäußert werden könnte. Hier ereignet sich Selbstentmächtigung im Erzählprozess, im Folgenden aber auch als Erzählgeschehen, denn die Geschichte blendet aus mit der maximalen Passivierung und der erstaunten Frage des männlichen Protagonisten. Am Ende der Erzählung zeigt Frau J. dann das Symptom; es kommt vor den Augen des jungen attraktiven Therapeuten erneut zum Weinen.

Hier also trat die Erscheinung – das Konversionssymptom – des grundlos „Losheulens“ oder der grundlosen Tränen erstmals auf.

Man könnte von einer im Symptom sich inszenierenden psychodynamischen Kompromissbildung nach dem Muster sprechen: Die erotische Versuchungssituation der Intimisierungschance mit dem Liebespartner der Freundin wird zwar im narrativen Prozess arrangiert, aber nicht bewusst zur Kenntnis genommen, sondern verdrängt. Es kommt nicht zur erotischen Avance, sondern zu Konfusion, die sich auch auf der Ebene des Sprachlichen – durch Stammeln und Rupturen – wirkmächtig zur Darstellung bringt; sodann bildet sich das ausdrucksvolle Symptom: eine vom Weinen ergriffene Frau in Selbstauflösung dem Manne dargeboten. Ob er sie wohl in die Arme genommen hat? Die Erzählung verrät das nicht, sie endet mit *und so*. Es verwundert nicht, dass der Therapeut in der folgenden Gesprächssequenz Frau J. fragt, ob der Mann ihr Eindruck mache und gefalle, und es verwundert nicht, dass er eine vieldeutige Antwort erhält.

Gemeinsam mit Frau J. kann Thema werden, wie die narrative Darstellung als symptomatische Kompromissbildung im Rahmen eines ödipalen Konflikts gesehen werden kann. Dazu ist der biografische Kontext heranzuziehen. Das Mädchen ist nach der Scheidung der Eltern zusammen mit der etwas jüngeren Schwester bei der Mutter aufgewachsen. Die Trennung der Eltern war für alle Beteiligten ein außerordentlich schmerzlicher und kummervoller Prozess. Der Vater hatte künstlerische Ambitionen, aber geringe Aussichten und trug kaum zum Erhalt der Familie bei. Die Tochter vermisste den Vater nach der Trennung der Eltern, er aber suchte den Kontakt nicht, und die unglückliche Mutter, die Frau J. stark an sich band, sah sich den neuen Herausforderungen kaum gewachsen. Bis zur Gegenwart hofft die Patientin auf die Zuneigung und Anerkennung des Vaters. Er lebt allein, finanziell beengt, neigt zum spontanen Chaos, ist als väterliche Bezugsperson nicht verfügbar, wenn er sich meldet, bleibt er sehr mit sich und seinen Plänen beschäftigt. So wird ein Loyalitätskonflikt bezüglich der Mutter plausibel, und der ersehnte Vater bleibt unerreichbar. Er ist als Liebesobjekt fragwürdig, gefährdet die töchterliche Loyalität zur Mutter und vermittelt der Tochter den Eindruck, nicht zu genügen.

Frau J., die auf der Leistungsebene und im professionellen Lebenskontext so sicher, bestimmt und ambitioniert zielstrebig ist, sich zu profilieren und Anerkennung zu verschaffen weiß, vermittelt sinnfällig gerade auf der Ebene des Erzählens – ein eindrucksvolles Narrativ zum Konversionssymptom – Einflüsse problematischer Loyalitäts- und Selbstwertkonflikte.

6. Erzählen und die Kommunikation des Unbewussten

Therapeuten erzählen in Kasuistiken, Fallberichten, Supervision und Intervision. Erzählend machen sie ihre persönliche Perspektive geltend; diese verweist daher stets auf den Autor und sein Darstellungsanliegen. Erzählungen sind adressiert, bei Therapeuten also zugeschnitten auf ein spezifisches Fachpublikum, im kollegialen oder im Weiterbildungsbereich. Gemäß Erzählregie kommt es auf der narrativen Bühne zu eindrucksvollen Inszenierungen. Im Fall Katharina – eine Erfolgsstory – gestaltete Freud mit persuasiver Erzählrhetorik das klinisch-narrative Porträt eines – naiven – Mädchens, das sich im Sinne einer idealisierenden Übertragung einer – souveränen – ärztlichen Autorität anvertraut; im Erzählen, Ko-Konstruieren, Explorieren und Analysieren wird ein Sexualkonflikt formuliert; das Mädchen gelangt aus rätselhafter Verstrickung zu heilender Bewusstwerdung, und eine spontane Besserung des Befindens tritt ein. Auch in Kernbergs klinischer Fallvignette wird das Porträt einer jungen Frau im narrativen Bezugssystem des Autors illustriert. Auch hier handelt es sich um eine Erfolgsgeschichte, doch geht es nicht um die Auseinandersetzung mit einem Bild weiblicher Hysterie, sondern um die beherzte Zähmung einer in ihrer Maßlosigkeit wilden Furie. Der Therapeut, über den sie herfällt, lässt sich nicht einschüchtern. Narzissmus ist das Thema.

Wenn Therapeuten von Patienten erzählen, sollten sie – dafür sind Intervision und Supervision optimal geeignet – auch vom story telling im kollegialen Austausch zurücktreten können und ihre Erzählperspektive im Austausch reflektieren. Denn die notorische *Selbst-Gerechtigkeit* des Erzählens wird als Gefahr einer narrativen

Bemächtigung des Patienten wirksam. Die Forderung muss leitend bleiben, dem Patienten gerecht zu werden. Daher müssen Erzählprozesse stets durch reflexive Prozesse ergänzt werden.

Im Fall der Anna O. wurde die Redekur oder besser Erzählkur zum Therapeutikum für die Betroffene. Umso bedeutsamer ist es, dass vermutlich bereits Breuer ein Milieu narrativer Kooperation schaffen konnte. Das Beispiel der Frau J. wurde auf der Basis eines Transkripts besprochen; hier zeigten sich Aspekte narrativer Ko-Konstruktion sinnfällig, ebenso der Umgang mit dem Narrativ im Kontext der Beziehungs- und Konfliktodynamik und in der Spannung zwischen manifest und latent.

Wenn Patienten erzählen, eröffnen sie einen Spielraum für die Vermittlung des persönlichen Bezugssystems. Erzählen ist – auch dies wurde thematisiert – als Prozess der Selbstermächtigung und Bewältigung relevant. Doch wie das Beispiel Frau J. ebenfalls illustriert, können Erzählende im narrativen Prozess auch um das Sichtbar- und Hörbarwerden des Problematischen und schwer Sagbaren, das noch nicht Verfügbare, noch Unzugängliche ringen. Patienten profitieren von der Unterstützung des therapeutischen Gegenübers, das den gerade auch in Erzählungen vermittelten Anliegen der Patienten das angemessene Gewicht gibt und ihr Bemühen um Veränderung ernst nimmt. Therapeutische Erzähl-Kommunikation verlangt von Therapeut und Patient die Fähigkeit, das Persönliche als bedeutsam zu erachten und dies im Gespräch, auch auf der Bühne des Erzählens zu artikulieren. Die Aufmerksamkeit des Psychoanalytikers gilt in diesem Sinn der erzählenden und imaginativen Gestaltungs- und Konstruktionsarbeit. Stets geht es auch hier um die Zumutung, der *Selbst-Gerechtigkeit* des Erzählens nicht das Herrschaftsrecht einzuräumen, sondern Narration und Reflexion zu verbinden.

Literaturverzeichnis

Argelander, Hermann (2014): *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftlicher Buchverlag.

Boothe, Brigitte (2001): „Das Körperliche im Spiegel des psychoanalytischen Fallberichts“. In: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 3 (4), 263–283.

Boothe, Brigitte (2003): „Der Wunsch im Märchen – der Wunsch als Märchen“. In: Barbara Gobrecht, Harlinda Lox u. Thomas Brücksteeg (Hg. im Auftrag der Europäischen Märchengesellschaft). *Der Wunsch im Märchen. Heimat und Fremde im Märchen*. München: Hugendubel, 42–55.

Boothe, Brigitte (2009): „Erzählen im medizinischen und psychotherapeutischen Diskurs“. In: Christian Klein u. Mathias Martinez (Hg.): *Wirklichkeits-erzählungen. Felder, Formen und Funktionen nicht-literarischen Erzählens*. Stuttgart: Metzler, 51–80.

Boothe, Brigitte u. Streeck, Ulrich (2004): „Selbstgerechtes Wohlwollen in der Psychoanalyse“. In: Brigitte Boothe u. Philipp Stoellger (Hg.): *Moral als Gift oder Gabe. Zur Ambivalenz von Moral und Religion*. Band I der Reihe Interpretation Interdisziplinarität. Würzburg: Königshausen und Neumann, 45–58.

Boothe, Brigitte, Grimm, Geneviève, Hermann, Marie-Luise, Luder, Marc, Neukom, Marius, Stärk, Franziska (2009): *Kurzanleitung zur Erzählanalyse JAKOB: Version 09/09* (Berichte aus der Abteilung Klinische Psychologie). Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.

Boothe, B. (2019). „Narzissmus, Stigmatisierungsrisiko und Wohlwollen in der Psychotherapie“. In Steger, F. & J. Brunner (Hg.): *Ethik in der psychotherapeutischen Praxis. Integrativ – fallorientiert – wertepplural*. Stuttgart: Kohlhammer, 86–94.

Bourdieu, Pierre (1987): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt: Suhrkamp.

Bourdieu, Pierre (1993): *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt: Suhrkamp.

Breuer, Josef (1895). „Beobachtung I Frl. Anna O“. In: Sigmund Freud u. Josef Breuer: *Studien über Hysterie*. Leipzig & Wien: Deuticke, 15–36.

Buchholz, Michael B. (2019): „Szenisches Verstehen und Konversationsanalyse“. In: *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 73 (06), 414–44.

Eckstaedt, Anita (1996): *Die Kunst des Anfangs. Psychoanalytische Erstgespräche*. Frankfurt: Suhrkamp.

Fichtner, G. & A. Hirschmüller (1985): „Freuds ‚Katharina‘ - Hintergrund, Entstehungsgeschichte und Bedeutung einer frühen psychoanalytischen Krankengeschichte“. In: *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 39 (3), 220–240.

Freud, Sigmund u. Breuer, Josef (1895): *Studien über Hysterie*. Leipzig & Wien: Deuticke.

Freud, Sigmund (1985): „Beobachtung IV Katharina“. In: Sigmund Freud u. Josef Breuer (1895). *Studien über Hysterie*. Leipzig & Wien: Deuticke, 106–115.

Hamburger, Andeas (2018): „Rhythmus, Störung und Reenactment. Begegnungsmomente und die Szenisch-Narrative Mikroanalyse“. *Paragrana* 27, 1.

Kernberg, Otto F. (2009): *Narzissmus, Aggression und Selbsterstörung. Fortschritte in der Diagnose und Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kernberg Otto F. (2012): *Hass, Wut, Gewalt und Narzissmus*. In: Michael Ermann (Hg.): *Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Kohlhammer.

Lucius-Hoene, Gabriele (2009): „Erzählen als Bewältigung“. In: *Psychoanalyse. Texte zur Sozialforschung* 13 (2), 139–147.

Luder, Marc u. Schnell, Katrin (2013): *Die Erzählanalyse JAKOB. Entwicklung und Anwendung 1989 bis 2012*. Hamburg: BOD.

Mathys, Hans-Peter, Arboleda, Lina, Boucsein, Valérie, Frei, Michael, Hermann, Marie-Luise, Luder, Marc, Neukom, Marius, Boothe, Brigitte (2013): „Alexandra – eine multiperspektivische, qualitative Einzelfallstudie zu Anliegen von PatientInnen im psychodynamischen Erstinterview“. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 14, No 2, Art. 20. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1302207>.

Mergenthaler, Erhard (2013): *Die Ulmer Textbank. Entwurf und Realisierung eines Textbankverwaltungssystems als Beitrag der angewandten Informatik zur Forschung in der Psychoanalyse*. eBook Download: PDF. Heidelberg: Springer, erstmals 1986.

Nitzschke, Bernd (1990): „Prostitutionswünsche und Rettungsphantasien – auf der Flucht vor dem Vater“. In: *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 44 (9), 788–825.

Rüger, Ulrich (2007): „Krankengeschichte und Lebensgeschichte. Die biographische Dimension im Menschenbild der Medizin“. *Abschiedsvorlesung am 15. Juni 2007*. Göttingen: Universitätsdrucke im Universitätsverlag. DOI: <https://doi.org/10.17875/gup2009-393>.

Streeck, U. (2000): „Szenische Darstellungen, nichtsprachliche Interaktion und Enactments im therapeutischen Prozess“. In: Ulrich Streeck (Hg): *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozess*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 13–55.

Thomä, Helmut u. Kächele, Horst (2006a): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie: Grundlagen*. Bd. 1. Heidelberg: Springer.

Thomä, Helmut u. Kächele, Horst (2006b): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie: Praxis*. Bd. 2. Heidelberg: Springer.

Thomä, Helmut u. Kächele, Horst (2006c): *Psychoanalytische Therapie: Forschung*. Bd. 3. Heidelberg: Springer.

Tölle, Rainer (1987): „Die Krankengeschichte in der Psychiatrie“. In: Gerd Jüttemann u. Hans Thomae (Hg.): *Biographie und Psychologie*. Berlin: Springer, 36–47.