

Ursula Mayr

„False Memories“ – ein hysterisches Phänomen?

“False Memories” – a hysterical phenomenon?

Es werden Fälle von hysterisch strukturierten Patientinnen vorgestellt, die vermuteten, in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein. Aufgrund der szenischen Inszenierung des Dargebotenen und Gegenübertragungsreaktionen kann sich beim Therapeuten ein Gefühl von Ungläubigkeit, Misstrauen und des Verstricktwerdens in eine Inszenierung einstellen, und es erhebt sich die Frage, ob es sich – wie Freud nach dem Verwerfen seiner Verführungstheorie vermutete – um ödipale Wunschphantasien handeln könnte. Auf der Basis des geschilderten Fallmaterials wird die Hypothese erhoben, dass diese Phantasien überwiegend der narzisstischen Restitution dienen und weniger dem reifen, ödipalen Bereich zuzuordnen sind.

Es werden weitere Phänomene im Bereich der „false memories“ diskutiert sowie ihre topologische Einordnung in das unbewusste System. Sie werden hier definiert als Konstrukte, die aus dem Übergangsraum (transitional space nach Winnicott, 1974) stammen, aus verschiedenen Elementen aufgebaut sind und der narzisstischen Restitution des Individuums dienen.

In vielen Fällen – wie vor allem im amerikanischen Raum zu beobachten ist – entstehen dabei auch aufgrund von Behandlungsfehlern archaische Szenarien von Ritualmissbrauch in einer Sekte bzw. von Außerirdischen entführt und untersucht worden zu sein.

Weiter wird die Entwicklung einer Patientin durch Veränderung ihrer paranoiden Wahnbildungen im Rahmen einer mehrjährigen supportiven Therapie beschrieben, die erneut die Frage aufwirft, ob auch phantasierte Objekte eine heilende Funktion haben können. Schließlich werden die Phantasien von Freud über seine Patientin Dora reflektiert, die ebenfalls stark seiner narzisstischen Stabilisierung dienten.

Schlüsselwörter

sexueller Missbrauch – ödipale Wunschphantasien – Inzestphantasien – konstruiertes Trauma

Cases of female hysterical patients who assumed to have been sexually abused in early childhood are discussed. As a result of the scenic performance and counter transference the therapist developed feelings of distrust, disbelief und involvement in a game. The question arises whether this could be an oedipal wishful fantasy – as Freud believed after he had rejected his theory of seduction. It is hypothesized that these fantasies mainly serve narcissistic restitution and do not belong to the ripe oedipal field. Further problems in the context of so-called “false memories” and their topological classification within the conscious system are discussed that are defined as constructs rooted in the transitional space (Winnicott, 1974), consist of different elements and are able to alleviate the patient’s narcissistic problems.

In many cases – seen in the United States – archaic images occurred, for example memories of having been captured by aliens or being a victim of ritual abuse in a sect. In addition, the patient's narcissistic benefit is reflected.

The case of a female patient whose development has been promoted by changing her paranoid delusions during long-term supportive therapy is described, raising the question as to whether fantasies have the ability to heal.

Finally, the fantasies of Freud himself regarding his patient Dora, which also served his narcissistic stability, are discussed.

Keywords

sexual abuse – oedipal realization phantasies – incest phantasies – constructed trauma

Der Spagat zwischen den Realitäten

Therapeutisches Arbeiten ist immer auch ein Sichbewegen in Parallelwelten: der Realwelt, den Phantasiewelten von Therapeut und Patient und den Zwischenbereichen, in denen sich die Ebenen überschneiden und vermischen.

Hier zu ein kurzer Dialog zwischen dem Anthropologen Carlos Castaneda und seinem Lehrer Don Juan, einem Schamanen:

Castaneda, der nach dem Konsumieren von „Teufelskraut“ ein Flugerlebnis hatte, examiniert seinen spirituellen Lehrer Don Juan:

C.: Bin ich wirklich geflogen, Don Juan?

D.J.: Das hast du mir doch gesagt, oder nicht?

C.: Natürlich, Don Juan. Ich meine, ist mein Körper geflogen? Bin ich wie ein Vogel davongeflogen?

D.J.: Du stellst mir immer Fragen, die ich nicht beantworten kann. Du bist geflogen. Dafür ist der zweite Teil des Teufelskrauts da. Vögel fliegen wie Vögel, und ein Mensch, der Teufelskraut genommen hat, fliegt auch so! (Duerr, 1982, S.104).

Don Juan, an das Leben in Parallelwelten und mit Parallelidentitäten gewöhnt, versteht das Ringen seines Schülers um die Wahrheitsfindung nicht, bzw. er gibt natürlich nur vor, nicht zu verstehen, um Castaneda etwas zu lehren. Er scheint im Intermediärraum ebenso zu Hause zu sein wie Kinder in ihren Spielwelten oder die Jugendlichen in ihren virtuellen Realitäten und sieht keinerlei Notwendigkeit einer Unterscheidung; Castaneda, der amerikanische Wissenschaftler, wünscht aber eine Einordnung in die bekannten westlichen Matrices, in der der Mensch eben – für alle sichtbar – fliegt oder eben nicht fliegt; für Don Juan aber kann ein Mensch auf dem Boden sitzen und gleichzeitig fliegen.

Wenn Patienten bei uns beginnen, die Realitätsschranken aufzuweichen und ihre Phantasien in unseren gemeinsamen Realitätsraum herüberschwappen zu lassen, pflegen wir unruhig zu werden und eine Dekompensation zu befürchten und auf der Einhaltung der Grenzen der dreidimensionalen Realität zu bestehen, die wir mit dem Patienten teilen möchten; so kommt es dazu, dass wir wie Castaneda und Don Juan aneinander vorbeireden, die hier ein Beispiel für einen missglückten therapeutischen Dialog liefern, keiner von beiden verlässt sein Koordinatensystem.

Dabei will ich hier nicht eine therapeutische Haltung propagieren, die nicht mehr zwischen Phantasie und Realitätsebene unterscheidet, wie Don Juan es offenbar praktiziert, dem der Unterschied schlicht egal ist, aber auch das Insistieren auf einem Prozess der „Wahrheitsfindung“, von dem Castaneda nicht lassen kann, ist für Verständigung und Verstehen nicht fruchtbar. Therapeuten müssen den Spagat zwischen den Realitäten erlernen und beherrschen und sich auch mit einem in einer anderen Realität befindlichen Menschen zu verständigen lernen.

Die Freud'sche Dichotomie und sein Dilemma

Hysterie ist, wie wir seit Freud wissen, stark verknüpft mit Phantasiebildungen und Symbolisierungen, insbesondere aus dem Bereich der Sexualität und der ständigen Auseinandersetzungen zwischen Trieb und Über-Ich. Die in folgenden Vignetten geschilderten Patientinnen muten zunächst sehr stark hysterisch an, in ihren Phantasiebildungen zeigen sich aber kaum Trieb- oder Objektkonflikte. Es scheint hier mehr um Wünsche zu gehen, die Objektkonflikte dagegen verlagern sich vielmehr auf die äußere Bühne, so dass der Patient eher konfliktlos für seine Umwelt wird oder der Therapeut mit seiner eigenen Gefühlswelt in Bezug auf den Patienten Schwierigkeiten bekommt.

Lange Jahre war Freud hin und her gerissen gewesen zwischen den Polen „Realmisbrauch oder ödipale Wunschphantasie“, wenn ihn seine Patientinnen mit ihren hysterischen Symptomen, Konversionen, Erinnerungen und Träumen zu diesem Thema konfrontierten und wünschten, diese Frage auf eindeutige Weise zu beantworten: Freud war hier ein Mann des Entweder-oder, eine Haltung des Sowohl-als-auch und ein Denken in Graubereichen finden wir in seinem Werk diesbezüglich nicht. Freud war Naturwissenschaftler und entsprechend sozialisiert, für ihn war ein Mensch krank oder eben nicht, ein Gewebe heil oder andernfalls zerstört, er hätte sich sicher auf Castanedas Seite geschlagen. Er schien sich aus diesem Dilemma retten zu können, indem er die gesellschaftlich akzeptablere Position (ödipale Wunschphantasien als Genese hysterischer Symptome) einnahm (Freud, 1897/1986), dies wohl auch, um die eigene, ohnehin angeschlagene Stellung im gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Bereich nicht noch weiter zu unterminieren, auch wissenschaftliche Überlegungen folgen unseren Wünschen, wie ich später noch darstellen möchte.

Die in dieser Frage immer wieder aufgeworfene Dichotomie ist nun aber das Agieren einer Spaltung, die menschlichem Erleben unangemessen ist: Psychische Realität ist nicht schwarz-weiß, sondern komplex und vernetzt. Es gibt realen Missbrauch und Inzest – und davon mehr, als wir je geglaubt hätten, es gibt rituellen Missbrauch, es gibt ödipale Wunschphantasien, und es gibt vermutlich noch etwas Drittes und Viertes, womit ich mich im Folgenden beschäftigen möchte.

Reales Sexualtrauma und ödipale Phantasien (und um es noch komplizierter werden zu lassen), auch präödipale Wünsche, die später sexualisiert werden, schließen sich auch keineswegs aus, sondern können nebeneinander bestehen und wechselseitig aufeinander einwirken, so dass ein sehr verwirrendes und verzerrtes Mischbild entsteht, es gibt hier also kein Entweder-oder.

Über das Bedürfnis von Patientinnen, sexuell missbraucht worden zu sein

Wir gehen zurück in die 1980er und 1990er Jahre, als das Phänomen sexuellen und inzestuösen Missbrauchs zunehmend mehr wahrgenommen, erforscht und publiziert wurde, als das Wegsehen und Totschweigen sein Ende fand und wir Therapeuten zunehmend unsere Erfahrungen mit Patienten und vor allem Patientinnen machten, die dergleichen erlebt hatten, aber auch solchen, die lediglich befürchteten, ein Sexualtrauma erlebt zu haben, oder von beunruhigenden Symptomen oder Träumen gequält wurden und von uns Hilfe bei der Aufklärung erhofften. Schnell bemächtigte sich auch der Markt dieses Themas, Filme und Literatur häuften sich, ein Versandhandel für „Materialien zur Diagnostik von sexuellem Missbrauch“ entstand, weitere folgten, und aus dem Totschweigen drohte ein Zerreden und Missbrauch ein Entertainment-Faktor zu werden, es wurde zunehmend Missbrauchsverdacht aus Institutionen (Schulen und Kindergärten) geäußert, die kollektive Enttabuisierung führte bei manchem Kollegen zu Ermüdungserscheinungen, und wir Therapeuten schienen das Schicksal Freuds zu wiederholen, der schließlich seine Verführungstheorie verwarf und nur noch an ödipale Phantasien zu glauben beschloss. Für missbrauchte Opfer entstand erneut eine schlimme Situation – Zitat einer Patientin: „Inzwischen traue ich mich wieder nicht mehr, über meine Erlebnisse zu sprechen, um nicht zu diesen Hysterikerinnen zu gehören, die jetzt plötzlich alle missbraucht worden sein wollen!“

Kasuistik

Ich nannte die Patientinnen, die mit einer „Inzesthypothese“ – wie ich es der Einfachheit halber nannte, und Therapiewunsch bei mir vorsprachen, insgeheim die „Da-muss-etwas-gewesen-sein“-Patientinnen: Sie pflegten meist ihren Verdacht so auszudrücken. Diese Formulierung wurde dabei in einer wenig leidvollen, oft anankastisch-fordernden, oft eher geheimnisumwitterten und verheißungsvollen Atmosphäre geäußert, die an das „Es war einmal“ erinnerte, mit dem Märchen eingeleitet werden, womit bereits impliziert ist, dass ich ihnen nicht glaubte. Diese Patientinnen unterschieden sich nicht symptom- und strukturdiagnostisch, aber sehr wohl atmosphärisch von Anfang an grundlegend von Patientinnen, die Missbrauch erlebt hatten und sich daran erinnerten, und auch sehr stark von unbewusst an Missbrauchsfolgen leidenden Frauen, die in einem langen und quälenden Erinnerungsprozess zu ihrer Wahrheit hinabstiegen. Während wir Letzteren Anteilnahme und Betroffenheit nicht versagen können, entrollt sich bei Frauen mit Inzesthypothesen eine völlig andere Szenerie des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens, und es entstanden meinerseits Abwehrmanifestationen in Form von Skepsis und Unwillen, aber auch Schuldgefühlen wegen meines verspürten Misstrauens .

Irritierend war für mich der sichtlich geringe Leidensdruck sowie das Fehlen von Scham- und Schuldgefühlen und Aufdeckungswiderständen, Alpträumen und Somatisierungen, die mit diesem Thema sonst unweigerlich verflochten sind – die Patientinnen schienen der Aufdeckung fast wie einem spannenden Ereignis entgegenzufiebern oder dies geradezu zornig einzufordern. Unwillen entstand durch das Gefühl, von vorneherein auf einen detektivisch anmutenden Part in einer undurchschaubaren (oder allzu leicht durchschau-

baren) Inszenierung festgelegt zu sein, deren Endergebnis bereits festzustehen schien; ich hatte keine Wahl mehr. Gleichzeitig regte sich mein therapeutisches Über-Ich: Wir wissen, dass wir Inzestopfern ihr Trauma glauben müssen, da wir sonst in der Übertragung die Position der ignoranten, unbewusst mit dem Täter paktierenden Mutter einnehmen. Am verwirrendsten empfand ich auftauchende Neidgefühle, als ob diesen Frauen vom Schicksal etwas zugestanden worden war, das mir versagt blieb. Doch wie kann man jemand um erlittenen Missbrauch beneiden?

Natürlich rettete ich mich zu den Erklärungsansätzen der ödipalen Wunschphantasien, die mich ebenfalls nicht befriedigten. Ich schrieb den Patientinnen ein ausgeprägtes Kausalitätsbedürfnis zu, das diffuse Beschwerdebilder aus einem Punkte kurieren wollte, bzw. unterstellte ihnen das Bedürfnis, zu einer Szene zu gehören, in welcher der Opferstatus der Frauen immer neu zementiert wird und aggressive und gewalttätige Anteile in das männliche Lager transponiert und projiziert werden – und ich begann zu werten.

Zur Phänomenologie

In den von mir dokumentierten Fällen (insg. 6) litten die Frauen unter diffusen vegetativen Störungen, Problematik im Beziehungs- und sexuellen Bereich. Strukturdiagnostisch handelte es sich um Frühstörungsbilder mit hysterischem Überbau, deutlichen Anteilen narzisstischer Störung, mittlerem bis niedrigem Strukturniveau und eher unreifen Abwehrmechanismen. Einige Patientinnen hatten bereits eine längere Strecke analytischer oder tiefenpsychologischer Therapie bei einem männlichen Kollegen hinter sich, die sie für gescheitert erklärten, und brachten erhebliches Vorwissen über psychodynamische Zusammenhänge im Allgemeinen und sexuelle Traumatisierung im Besonderen mit. Das Ereignis, an das sie glaubten, wurde in einem Fall in das Säuglingsalter datiert, in anderen Fällen in das Vorschulalter bzw. frühe Schulalter, es bestand in allen Fällen keine Erinnerung, und es wurde ausnahmslos der Vater als Täter verdächtigt. Die Patientinnen wünschten herauszufinden, „was damals passiert ist“, erhofften das Auftauchen konkreter Erinnerungen mithilfe der analytischen Technik und waren überzeugt davon, danach eine Besserung ihrer Symptome und Schwierigkeiten verzeichnen zu können.

Erst später fiel mir auf, dass 5 von 7 dieser Patientinnen unerwünschte Kinder waren, zum Teil sehr vernachlässigt und alleingelassen wurden und der Verdacht auf Zeichen einer abgewehrten anklitischen Depression erhoben werden musste, zwei von ihnen zeigten im Kindesalter deutliche Hospitalisierungssymptome (frühes Manipulieren an den Genitalien, Abkratzen und Aufessen der Tapete neben dem Kinderbett), also Zeichen eines frühen Rückzuges auf den eigenen Körper als Objekt der Befriedigung und einer Überbesetzung der Phantasietätigkeit als Bemühung, Erinnerungsspuren an das versorgende Objekt lebendig zu halten.

Die Inzesthypothese als narzisstischer Restitutionsversuch

„Fr. A. (32 J., Bürokauffrau, verh., 3 Kinder) wurde mir von einem Kollegen zugewiesen, bei dem sie sich seit ca. 50 Std. wegen multipler somatischer Beschwerden und einer chronischen Ehekrise in tiefenpsychologisch orientierter Therapie befand. Der Kollege sah sich im Einvernehmen mit seinem Supervisor gezwungen, die Behandlung wegen der

heftigen Übertragungsverliebtheit der Patientin abzubringen, dies sei auch der Wunsch der Patientin, die diese ‚unerfüllte Liebe‘ als zu frustrierend erlebte und therapeutisch nicht mehr weiterarbeiten zu können glaubte.

Nach einigen Monaten ‚Therapiepause‘ meldete sich die Patientin bei mir mit dem Wunsch nach Weiterbehandlung, berichtete auch, sie sei zwischenzeitlich ‚Opfer einer Straftat‘ geworden. Sie sei von einem ihr nur flüchtig bekannten Ehepaar zu einem Umtrunk eingeladen worden, nach einigem Alkoholgenuss habe sie dann das Bewusstsein verloren (sie vermutete K.-o.-Tropfen) und sei vom Gastgeber mit dem Wagen nach Hause gebracht worden. Am nächsten Morgen sei sie mit Kopfschmerzen erwacht, ihre Wäsche sei beschmutzt gewesen. Sie habe diese dann gewaschen und selbst geduscht, erst später, als sie von einem ähnlichen Vorfall bei eben diesem Ehepaar gehört habe, habe sie Strafanzeige wegen Vergewaltigung gestellt. (Das Verfahren schien dann im Sande verlaufen zu sein, jedenfalls wurde die Sache in den darauffolgenden 150 Therapiestunden nicht mehr thematisiert.)

Frau A., eine kleine, kräftige, hübsche, aber etwas burschikos-dominant wirkende, sehr intelligente Frau, beklagte in den Therapiestunden überwiegend ihre langweilig gewordene Ehe; dem Ehemann gegenüber sei sie sexuell inappetent, erlebe ihn wenig einfühlsam und ‚grundlos aggressiv‘, sie habe sich nun schon einige Male ernsthaft in andere Männer verliebt und erwäge die Trennung; auch der Gedanke an ihre Kinder würde sie mittlerweile nicht mehr davon abhalten. Tatsächlich schien die Patientin ihre Pflichten einschließlich einer Nebentätigkeit gut zu bewältigen.

In ihrer Kindheit schien es ebenso gewesen zu sein: als ältestes von 5 Kindern war sie überwiegend mit der Aufsicht über die jüngeren Geschwister beschäftigt gewesen. Die Mutter habe sie als streng und ablehnend, nur an den 3 Söhnen interessiert erlebt, der Vater sei viel abwesend gewesen, habe heimlich getrunken.

Sie habe ihn sehr geliebt und sei sich seiner intensiven Gegenliebe auch sicher gewesen, wegen der Eifersucht der Mutter habe man dies aber nach außen hin verbergen müssen. Sie habe ihm aber oft in der Dunkelkammer beim Entwickeln von Fotos helfen dürfen, der Geruch dieser Chemikalien versetze sie noch heute in Erregung, da ‚müsse doch etwas gewesen sein‘, und sie hoffe, in der Therapie ‚dahinterzukommen‘.

Die therapeutische Situation war in der Übertragung hinter einer oberflächlichen ‚Wir-Frauen‘-Solidarität gekennzeichnet von entwertenden Tendenzen und der Enttäuschung darüber, dass ich kein Mann sei.

Thematisch beschäftigte sich die Patientin mit ihren Trennungswünschen gegenüber ihrem Ehemann. Zu diesem Zeitpunkt repräsentierte er für sie nicht mehr das väterlich-erotische, sondern vielmehr das mütterlich-versorgende, nach erfolgter Trennung das mütterlich-eifersüchtige, sie verfolgende Objekt. Ödipal-erotische Erlebnisse hatte die Patientin mit verschiedenen Männern: zunächst flüchtige Flirt-Kontakte, später kurze sexuelle Affären, die jedes Mal als ‚große Liebe‘ gewertet wurden, so dass sie lange quälende Zeiten damit verbrachte, auf Lebenszeichen von Männern zu warten, die sich ihr kaum zu- oder bereits wieder abgewandt hatten, einer davon war katholischer Priester. Konstantere Partner wurden nach kurzer Zeit von der Patientin als feindselig erlebt und entwertet, verlassen und bekämpft, beispielsweise wurde ein an ihr sehr interessierter Erzieher nach der Trennung von ihr bei der Schulbehörde angezeigt, weil er sich „distanzlos und übergriffig“ gegenüber den Schülern verhalte.

Leider war es mir nicht gelungen, das destruktive Agieren der Patientin im Rahmen der therapeutischen Beziehung aufzufangen und in einen produktiven Reflexionsprozess überzuleiten, das Sicheinlassen auf eine positive Übertragungsbeziehung war bei Fr. A. blockiert von Ängsten vor ihren vehementen regressiven Bedürfnissen (diese wurden in der Regel auf Männer projiziert, die sie samt und sonders für ‚bedürftige Riesenbabys‘ hielt), dem eigenen Geschlecht gegenüber war sie hinter aller Frauensolidarität tief misstrauisch.

An eine traumatische Penetrationsituation mit ihrem Vater ‚erinnerte‘ sich die Patientin schließlich während eines Meditationsworkshops: Im Zustand der Versenkung habe sie die Szene in der Beobachterposition deutlich vor sich gesehen und auch die ‚zugehörigen Gefühlsqualitäten‘ verspürt, sie müsse damals etwa 8 Jahre alt gewesen sein.

Dabei war keinerlei tiefergehende Erschütterung bei Frau A. zu spüren, auch in den folgenden Stunden tauchte das Thema nicht wieder auf.

Kurz danach teilte mir die Patientin mit, dass sie die Therapie beenden wolle, da sie nun ihre diesbezüglichen Ziele erreicht habe: Die Trennung vom Ehemann sei vollzogen (auch dieser wurde nach der Trennung kurzzeitig der sexuellen Annäherung an die älteste Tochter verdächtigt), und sie habe nun auch wieder einen Freund, so dass sie optimistisch in die Zukunft sehe.

Die Patientin trennte sich leichten Herzens und mit der Option, im Bedarfsfall wiederzukommen, von mir, und ich habe sie seither nicht wiedergesehen. Die zu mir aufgebaute Objektbeziehung scheint aber doch von hinreichender Stabilität gewesen zu sein, da es im Nachspann zu keinerlei Anzeigen oder anderen Anzeichen von Desintegration gekommen ist, auch der Anruf eines erzürnten Vaters, mit dem ich im Stillen gerechnet hatte, erfolgte nicht“ (Mayr, 1998, S. 231-232).

Wie ich später erfuhr, heiratete die Patientin einige Jahre später einen Zahnarzt und half ihm seither in seiner Praxis, es ginge ihr und auch ihren Kindern gut.

Theoretische Überlegungen:

„Im Falle von Frau A. scheint die Inzesthypothese eine ausgeprägte ‚narzisstische Plombenfunktion‘ zu erfüllen, da sie vorwiegend in Zuständen der Abwesenheit begehrt männlicher Objekte oder deren Zuwendung aufgeworfen wurde. Damals wohl noch nicht fähig, männliche Objekte konstant positiv zu besetzen und diese Besetzung aufrechtzuerhalten (es erfolgte innerhalb kürzester Zeit Zerfall in archaische und verfolgende Partialobjektrepräsentanzen), sieht sich die Patientin gezwungen, die entstandene Objektleere mit Konstrukten und Wunschphantasien aufzufüllen, handelt also in etwa nach dem Motto: ‚Besser ein penetrierender (also von ihr hingerissener) als ein an ihr desinteressierter Vater‘.

Der Gewinn für die Patientin ist hier ein dreifacher: Neben der narzisstischen Restitution ermöglicht die „Inzesthypothese“ auch die Errichtung eines attraktiven und zugewandten männlichen Objektes auf der Ebene unbewusster Phantasien, das endlich die Loslösung von der Mutter und die ödipale Triangulierung ermöglichen soll.

Gleichzeitig bestand auch die Möglichkeit des ödipalen Rivalitätskampfes mit der Mutter in der Übertragungssituation: Der Patientin bereitete es offenbar Genugtuung zu erfahren, schon als Kind so begehrenswert gewesen zu sein, dass ihretwegen Inzestschranken

niedergerissen wurden und der ödipale Sieg dadurch erreicht war – was mir nun auch meine anfänglichen Gefühle von Neid und Missgunst ihr gegenüber verständlich machte, da ich mich ja als die Mutter fühlen musste, die von der Tochter ‚enthront‘ worden war und sie auf der Übertragungsebene über mich triumphieren konnte.

Dabei erfolgte gleichzeitig die bekannte Umgehung des ödipalen Über-Ich-Konfliktes, da sich die Frau als passives Opfer ohne eigene Triebwünsche erleben kann, tatsächlich habe ich bei diesen Frauen keine ausgeprägte Über-Ich-Problematik feststellen können, wogegen die Opfer real erfolgten Inzests von Schuld geradezu zerfressen werden“ (Mayr, 1998, S. 232).

Im weiteren Verlauf lernte ich bei anderen Patientinnen noch anderweitigen Sinn und Zweck der Missbrauchshypothesen kennen; z. B. als symbolischen Ausdruck präödipaler Wunschphantasien, als symbolische Repräsentanz anderweitiger Überwältigungserlebnisse (operative Eingriffe) oder als strategisches Konstrukt im Übertragungsgeschehen (Mayr, 2000, S. 50 ff.).

Wie wohltuend die erlebte „Katharsis“ für die Patientin unter Umständen gewesen sein mag, kann man nun überlegen, offensichtlich ist eine befriedigende Partnerschaft nun aber längerfristig möglich, und es bestehen stabile Beziehungen zu den Kindern; die Therapie liegt jetzt 26 Jahre zurück.

Missbrauchsmanifestationen und ödipale Phantasien

„Ödipale Wünsche erscheinen in Träumen manchmal in grob-sexuellem und verzerrtem Gewand, und dieser Umstand führt dazu, dass Patient und/oder Therapeut Missbrauchshypothesen erstellen. Diese Verzerrungen ödipaler und genitaler Sexualität kommen aber auch zustande durch Verdrängungs- oder Abspaltungsvorgänge, die das Verdrängte unintegriert und primärprozesshaft vor sich hinwuchern lassen, beispielsweise kann einem in der mütterlichen Dyade stark fixierten Mädchen einer ebenfalls symbiotisch fixierten Mutter das andere Geschlecht und das Feld der genitalen Sexualität als gewalttätig und bedrohlich erscheinen und dies zu entsprechend gewaltsamen Bildern führen. Bei Müttern, die selbst Opfer von Missbrauch geworden sind, ist so auch an die transgenerative Weitergabe des Traumas zu denken.

Charakteristisch für ödipale Phantasien im Gegensatz zu Realmissbrauch ist oft deren passagerer und weniger dramatischer Charakter im Behandlungsverlauf, die Widerstände sind geringgradig, ebenso der Grad der Verängstigung (dies insbesondere auch im Bereich der Übertragung) und der Somatisierung“ (Mayr, 2000, S. 64).

In der Therapie besteht nun die Gefahr einer Fixierung, wenn genital-sexuelle und gewalttätige Impulse aus der Symbiose ausgeschlossen und auf den ausgegrenzten Dritten – den Mann – projiziert und nicht als eigener Persönlichkeitsanteil integriert werden. Gefährlich ist es auch, bei ödipalen Phantasien oder den beschriebenen Inzesthypothesen vorschnell realen Missbrauch zu diagnostizieren – wie dies vermutlich bei analytischen Laien oft geschieht –, da man damit das neurotische System der Betroffenen bestätigt

(„Männer sind triebhaft und gefährlich, und die ödipale Bühne ist zu meiden“) und damit vielleicht eine Tür verschließt, die die Patientin eigentlich von uns geöffnet und auch offen gehalten haben möchte.

In diesen Fällen kehrt sich nun die Freud'sche Annahme um: Er postulierte – zunächst –, dass jeder hysterischen Neurose ein verfrühtes sexuelles Erlebnis zugrunde liege, was die Patientinnen in ihrem bewussten Erleben zurückwiesen, während wir hier feststellen müssen, dass die Patientinnen selbst sexuelle Erlebnisse als die Ursache ihrer Beschwerden sehen und der Therapeut eher eine Abwehrhaltung einnimmt. Ebenfalls verkehrt sich etwas in sein Gegenteil, wenn nicht die Phantasie durch Verdrängungsvorgänge ins Unbewusste gerät (Freud, 1896/1986), sondern aus einem unbewussten motivationalen Grund sexuelle Phantasien aufsteigen und für real gehalten werden. Zudem bewirkt hier nicht die unbewusste Phantasie ein Krankheitssymptom, sondern die bewusste Phantasie befriedigt eine unbewusste Wunschvorstellung oder – wenn man pathologisieren möchte – die bewusste Phantasie (also die Inzestvorstellung) IST das Krankheitssymptom.

Man sieht also, dass Hysterikas offenbar noch viel mehr können, als Freud ihnen einst zutraute – oder aber, wir müssen den Boden der Hysterie und ihrer Abwehroperationen und spezifischen Symptombildungen überhaupt verlassen und diese Vorstellungen in den Formenkreis der narzisstischen Störungen und ihrer eigenen Art der Wunscherfüllung verweisen.

False memories: Botschaften aus dem Übergangsraum

False Memories bei Kindern:

„Ein 7-jähriges Mädchen erzählte mir in einer Therapiestunde kurz nach den Sommerferien folgendes Erlebnis:

„Ich war mit meiner Pflegemama und dem Papa in einem Boot auf unserem See unterwegs. Da sah ich im Wasser einen riesigen Hai. Er hatte es auf uns abgesehen, er stieß gegen das Boot, um es umzuwerfen und uns alle aufzufressen. Ich hatte furchtbare Angst, jetzt traue ich mich überhaupt nicht mehr schwimmen zu gehen!“

Mitteilungen von Kindern dieses oder eines etwas jüngeren Alters sind wir gewöhnt, und sie versetzen uns nicht weiter in Erstaunen. Wenn uns aber nicht 7-jährige, sondern erwachsene Patienten dergleichen berichten, geraten wir in Bedrängnis, wenn der Inhalt des Mitgeteilten uns nicht glaubhaft erscheint“ (Mayr, 2005, S. 58).

Nun sind wir hier nicht mehr im Bereich des Glaubens (dass etwas gewesen) ist, sondern bei einer Form des „Erinnerns und Für-wahr-Haltens“ des Erinnerungten.

„Im amerikanischen Raum, in welchem sich dieses Phänomen geradezu explosionsartig auszuweiten schien, entstand der Begriff der False memories (im folgenden FM genannt); die Institutionalisierung der daraus entstehenden Bewegung erfolgte 1992 in den USA durch die Gründung der ersten False-memories-syndrome-Foundation. Gründungsmitglieder waren ein Ehepaar, dessen Tochter den Vater des sexuellen Missbrauchs bezichtigt hatte. Losgetreten wurde die Lawine im wissenschaftlichen Bereich von der Gerichtsgutachterin und Gedächtnisforscherin Elisabeth Loftus in deren Buch ‚Die therapierte

Erinnerung' (1995, im Originaltitel ‚The myth of repressed memory‘). 1996 folgte ‚Die missbrauchte Erinnerung‘ von Ofshe und Watters (1996). Die Autoren befassen sich überwiegend mit dem Problem der FM als Artefakte einer Therapie, in der Therapeuten durch Hypnose oder Trance-Techniken ein Sexualtrauma bei ihrem Patienten entdecken und ausdifferenzieren, sich dabei gegenseitig narzisstisch stimulieren und vielleicht noch ein Buch darüber schreiben. Die Schäden, die hierbei an Patienten und deren Familien angerichtet werden, sind hier recherchiert und beschrieben, die Fehl- und Zirkelschlüsse der Therapeuten analysiert. Auch eine Gegenbewegung hat sich hierzu bereits installiert: Geschädigte Patienten schließen sich zusammen, um ihre Therapeuten wegen einer manipulierenden und fehlgeleiteten Behandlung anzuklagen. Die öffentliche Diskussion zu diesen Themen droht bereits in den Bereich der Ideologien und Glaubenskriege abzudriften. Näheres hierzu findet sich bei Loftus und Ketcham (1995), Goldstein und Farmer (1993), Ganaway (1991), Mulhern (1991). Man beschäftigte sich hier also offensichtlich in sehr weiten Kreisen mit dem Problem der Wahrheitsfindung, dies allerdings oft mehr auf detektivische (Was ist geschehen und wer war der Täter?) und weniger auf wissenschaftliche Art“ (Mayr, 2005, S. 60 ff.).

Die Gedächtnisforschung hat sich dieses Problems ebenfalls angenommen und insbesondere den Einfluss von Suggestionen auf das Erinnerte experimentell erforscht. Sie entdeckte Rekonstruktionsprozesse beim Erinnern, die fehlende, d. h. verloren gegangene Teilinformationen ersetzen, aber auch verfälschend wirken können (Erdfelder, 2003) – jeder Polizist, der Zeugenaussagen aufnimmt, kann davon einiges berichten. Warum aber aus einem Karpfen ein Haifisch wird und eine Mandeloperation zu einer erzwungenen Fellatio vermag die Gedächtnisforschung nicht zu sagen, dies verbleibt in der Zuständigkeit von uns Psychotherapeuten und unserer Deutungskunst.

Einordnung der FM in die Topologie des Unbewussten

Der Intermediärraum:

„Der Begriff des Intermediärtraumes (Winnicott, 1974) ist eng mit den von ihm entwickelten Begriffen ‚Übergangsobjekt‘ und ‚Übergangsphänomen‘ verknüpft, die hier nicht näher erläutert werden müssen. Winnicott definiert ihn als Grenzraum zwischen äußerer und innerer Realität, zwischen objektiv Wahrnehmbarem und Subjektivem: ‚Dieser dritte Bereich des menschlichen Lebens, den wir nicht außer Acht lassen dürfen, ist ein intermediärer Bereich von Erfahrungen, in den in gleicher Weise innere Realität und äußeres Leben einfließen. Es ist ein Bereich, der kaum infrage gestellt wird, weil wir uns zumeist damit begnügen, ihn als eine Sphäre zu betrachten, in der das Individuum ausruhen darf von der lebenslänglichen menschlichen Aufgabe, innere und äußere Realität voneinander getrennt und doch in wechselseitiger Verbindung zu halten‘ (S. 11).

Dies ist auch der Raum, in welchem Tagträume, Phantasien oder Rituale, Illusionen sowie auch Symbolbildungen stattfinden sowie der Raum von Kunst und Religion; dies sind ebenfalls Bereiche, in denen sich Phantasie und Realität überschneiden (man denke nur an den Streit der Konfessionen, ob die Hostie beim Abendmahl der reale Leib Christi oder ein Substitut oder Symbol sei – auch hier konnte bisher ebenso wenig Einigung erzielt werden).

„Das Übergangsobjekt oder -phänomen entsteht und wohnt offensichtlich im Intermediärraum, seine Aufgabe ist es, den Bereich der äußeren und inneren Realität zu verbinden und Übergänge möglich zu machen. Dies ist auch der Raum, den wir in der therapeutischen Situation eröffnen, in ihm finden beispielsweise Übertragungsphänomene Platz. Oft eröffnen wir (wie z. B. in der Technik des katathymen Bilderlebens) diesen Raum auch intentional, wenn wir den Patienten zur Imagination einer Wiese, eines Baches etc. auffordern. Dabei ist der therapeutische Intermediärraum ein gemeinsam gestalteter Raum, in dem Variablen beider Beteiligten aufeinander einwirken und Interaktionen entstehen, die dann wieder symbolisch, z. B. im Traum, ausgedrückt werden können. Der Wunsch des Therapeuten, etwas Maßgebliches in der Biographie des Patienten neu aufzudecken, trüge demnach auch zur Entdeckung einer dergestalten FM bei. Demgemäß halte ich FM auch nicht für Erinnerungen, sondern für Konstrukte des Übergangsraumes, die aus Elementen der inneren und äußeren Realität zusammengesetzt sind, von Affekten gesteuert werden und auf ein Ziel hingelenkt sind. Dieses Ziel kann objektbezogen sein (der Angesprochene soll darauf reagieren) oder auch narzisstisch-monadisch („Mein Vater hat mich begehrt!“)“ (Mayr, a. a. O.).

Ein Leben im Übergangsraum

Es scheint Menschen zu geben, die fähig sind, ihr ganzes Leben in den Intermediärraum zu platzieren und dort zu verbringen, nosologisch würden sie unter die Diagnose „Pseudologia phantastica“ eingeordnet werden. Zu ihnen gehört der beliebte Volksschriftsteller Karl May. Dass dessen Geschichten über Abenteuer im wilden Westen und Orient frei erfunden waren, ist bekannt, ebenso wie die Tatsache, dass seine reale Biographie wenig ruhmreich und auch von Gefängnisaufenthalten unterbrochen war. Dabei wollte May zeit seines Lebens den Eindruck erwecken, seine Reiseabenteuer selbst erlebt zu haben (sein Haus war mit Utensilien und Reiseandenken exotischster Art ausgestattet, sogar Haare vom Haupte Winnetous konnten besichtigt werden – es handelte sich nämlich um Pferdehaar). Millionen von Lesern glaubten an ihn, und er selbst erweckte oft den Eindruck – insbesondere wenn er sich gegen Angriffe zu verteidigen hatte, als ob er dies alles selbst durchaus für wahr halte. Seine Witwe Klara May schien diesem Sog ebenfalls zu erliegen. Von einer gemeinsamen Reise in die Staaten (im übrigen Mays erste Reise nach Amerika, er war zu dieser Zeit bereits gesundheitlich angeschlagen, gebrechlich und depressiv) berichtete sie, dass er sie für einige Tage mit unbekanntem Ziel verließ: „Karl May lebte in einer Traumwelt in seinen aus Wahrheit und Dichtung zusammengesetzten Büchern. Außerhalb dieser Bücher gab er nicht gern und auch dann nur unbestimmte Antwort auf diesbezügliche Fragen. Er trat aus der Welt, die er sich selbst geschaffen hatte, ungern heraus, auch mir gegenüber. Ich hatte das bald erkannt und lernte, mich dreinzufügen und meiner Neugier Zügel aufzulegen. So war es auch bei unserer Reise 1908. Er hatte sich entschlossen, mich im Clifton-House zurückzulassen und für einige Wochen allein weiterzureisen. Wohin? Zu den Apachen! Und wohin sonst? Mit Kummer bekenne ich, dass ich es nicht mehr genau weiß. Wohl hat er mir von dieser Weiterreise mehrfach geschrieben und auch viel erzählt, aber alles das verwob sich später mit seinen Wunschträumen, die in seinem Roman ‚Winnetous Erben‘ Ausdruck fanden, und es ging mir schließlich wie ihm selber: Ich wusste Wirklichkeit und Phantasie nicht mehr genügend zu trennen!“ (Klara May, S. 232). Der motivationale Hintergrund dieser Folie-à-deux-Phantasie dürfte sich von selbst verstehen.

False memories und Primärprozess

Im für Missbrauch hoch sensibilisierten Klima der 1970er und 1980er Jahre kam es in den USA offenbar zu einer epidemischen Ausbreitung; ausgehend vom Paradigma der „totalen Verdrängung“ traumatischer Erlebnisse wurde Psychologen und Therapeuten nahegelegt, das Verfahren des „Glaubenssprunges“ anzuwenden, d. h., die Richtigkeit von neu aufgetauchten „Erinnerungen“ oder Flashbacks sollte vorausgesetzt werden, da Zweifel des Therapeuten manche Patientinnen aus der Therapie und eventuell in eine Psychose treiben könnten.

„Mehr als eine halbe Million Exemplare sind von der US-Ausgabe von ‚Trotz allem. Wege zur Selbstheilung für sexuell missbrauchte Frauen‘ (auch die ‚Bibel der Inzestheilungsbewegung‘ genannt) verkauft worden (Bass & Davis, 1990). Hier werden zahlreiche Symptome unterschiedlichster Art aufgelistet (Essstörungen, geringes Selbstwertgefühl, Neigung zu Migräne etc. etc.), die auf sexuellen Missbrauch hindeuten könnten, Erinnerungen an einen Missbrauch werden als Tatsachen deklariert, vage Reminiszenzen oder Flashbacks seien ‚Realerinnerungen, die sich anschicken, aus dem Unterbewusstsein aufzutauchen‘. Wenn überhaupt keine Erinnerung an einen Missbrauch besteht, wird dies als das sicherste Zeichen gesehen, dass etwas stattgefunden hat. Für Frauen, die sich nicht erinnern, wird eine Vielzahl von kreativen Techniken, beispielsweise Schreibübungen, vorgeschlagen, die ‚der Erinnerung zum Aufsteigen ins Bewusstsein verhelfen können‘. In Gruppenworkshops und Einzelsitzungen werden die Patientinnen ermutigt, ihren Phantasien zu glauben und diese für historische Realität zu halten, das Auftauchen neuer Erinnerungen“ zu diesem Thema lässt demgemäß meist nicht lange auf sich warten. Durch dieses systematische Niederreißen der Realitätsschranken (denn dies scheint im Zentrum dieser Therapien zu stehen) kam es bei entsprechend disponierten Patientinnen offenbar zu einem Ansturm von Phantasien, in denen sich schließlich Therapeut und Patientin verirrt. Wenn sich das Befinden der Patientinnen verschlechterte, wurde das gleiche Medikament noch einmal in gesteigerter Dosis verabreicht, indem man ihnen signalisierte, dass offenbar hinter dem mitgeteilten Trauma noch eine vermutlich furchtbarere Erinnerung stecke, die nun wiederum ans Licht gebracht und verarbeitet werden müsste usw. ad infinitum. Dass es den Patientinnen in diesem Circulus weiterhin immer schlechter geht, versteht sich von selbst (denn alle ihre positiven und stabilisierenden Repräsentanzen und Introjekte sowie die Fähigkeit zur Realitätsprüfung und das Vertrauen in die eigene Wahrnehmung werden sukzessive zerstört). Gerade dies ist es aber, was dieses Kreiseln zu einer Endlosschleife werden lässt. Die „erinnerten“ traumatischen Situationen werden zusehends gewalttätiger und brutaler, die Bilder werden bizarrer und entgleiten zusehends ins Primärprozesshafte und Archetypische“ (Mayr, a. a. O.).

Aliens und Satansmessen

Wie aus der amerikanischen Literatur berichtet (Ganaway, 1991), erfolgt in solchen Behandlungen, wenn sich die grausamen Missbrauchsbilder erschöpft haben, offenbar ein Sprung in die Irrealität: Manche Patienten „erinnern“ sich, von Aliens entführt und medizinisch untersucht worden zu sein, oft seien sie auch noch befruchtet worden, oder

man habe ihnen zu Forschungszwecken Spermien oder Eizellen entnommen. Eine andere Art der Erinnerung sind Reminiszenzen an Satansmessen mit grausamen und kannibalistischen Riten, wozu man sie gezwungen hatte (Putnam, 1991); die Spirale entsetzlicher Erinnerungen begann nun von Neuem. Wenn man die berichteten Bilder inhaltsanalytisch betrachtet, bleiben diese aber offenbar im Rahmen einer ödipalen Szenerie mit sadomasochistischen Beiklängen: Der Alien (und oft auch der Teufel) könnte als Repräsentanz des begehrliehen Vaters gesehen werden, der das Kind im ersten Fall körperlich untersucht und ein hohes Interesse an seinem Körper und seinen Funktionen zeigt (was wiederum narzisstische Phantasien befriedigen kann), oft wird auch zu Forschungszwecken mit dem Erdenbewohner noch ein Kind gezeugt, womit sich die ödipale Wunschphantasie rundet.

Noch dramatischere Bilder erhalten wir, wenn die Phantasien ins Archetypische entgleiten: Während der Außerirdische seine Opfer zu wissenschaftlichen Zwecken benutzt, verlangt Satan blutigen Tribut, hier werden Kinder oder junge Mädchen grausam gequält oder auch getötet, auch Kannibalismus ist in dieser Szene nicht selten.

Der Teufel kann hier gedeutet werden als Repräsentanz der phallischen Mutter, zu der man zurückkehrt und an die man sich bindet, von der man selbst verschlungen wird oder der man das mit dem Vater gezeugte Kind wie einer neidischen Gottheit opfert.

Das Interesse von Vater oder Mutter an der Körperlichkeit des Kindes und deren Begehren wäre auch hier wohl der Krankheitsgewinn für labile narzisstische Strukturen.

Natürlich soll hier die reale Existenz von rituellem Missbrauch nicht in Abrede gestellt werden (bei Aliens wäre ich mir nicht ganz so sicher), aber die publizistische Verbreitung solcher Fakten in unserer vernetzten Welt sorgt eben auch für entsprechende Phantasiebildungen, die manchmal eines realen Hintergrundes entbehren und aus einer kollektiven Stimmungslage heraus entstehen – man denke an die explosionsartige Zunahme von UFO-Sichtungen in den Staaten 1957 – während des Kalten Krieges und seiner paranoiden Kommunismus-Phobie – als bekannt wurde, dass nun Russland den ersten Satelliten in den Weltraum geschickt hatte (Magin, 2000).

Die Modifikation wahnhafter Phantasien und ihre Funktion für die Persönlichkeitsentwicklung

Ich beziehe mich hier auf den Fall einer Patientin, die über viele Jahre in einer niederfrequenten supportiven Therapie von mir behandelt wurde. Die geplante analytische Therapie konnte aufgrund struktureller Defizite (wobei die Patientin auch Anteile struktureller Reife, insbesondere eine gute Lebensbewältigung und im Alltag gute Konfliktfähigkeit zeigte) vor allem wegen einer unter anderem paranoiden Erlebnisverarbeitung nicht durchgeführt werden, die Patientin besaß so viel Realitätsbezug, dies zu Anfang zu verbergen, damit ich sie nicht für „verrückt erklären“ würde. Psychiatrische Mitbehandlung oder Medikamente lehnte sie vehement ab.

Als Symptomdiagnose bestand zunächst eine (von der Patientin beklagte) mittelschwere Depression mit ausgeprägtem Erschöpfungs- und Schmerzsyndrom (Kopfschmerz, Fibromyalgie) und zahlreichen somatischen Beschwerden sowie mehrfachen Allergien im Rahmen einer (aufgrund frühkindlicher Verlassenheit und Misshandlung) posttraumati-

schen Belastungsstörung, es bestand eine erhebliche familiäre Problematik. Strukturell handelte es sich um eine Frühstörung mit hysterischem Überbau und beachtlichem Temperament und Schwung, was zu der von ihr angegebenen depressiven Stimmungslage nicht so recht passen wollte. Die zu Behandlungsbeginn 50-jährige Patientin, vorgealtert, ergraut und etwas übergewichtig war früh berentet und lebte in einer entleerten Ehe – man sprach kaum noch miteinander – in enger Beziehung zu ihrem 10-jährigen Sohn, sonst ohne weitere Kontakte; die erwachsene Tochter war bereits ausgezogen. Die schwere Erschöpfung datierte sie in die Zeit der Geburt ihres Sohnes, der aufgrund der zerrütteten Ehe kein Wunschkind mehr gewesen sei und bei dessen Geburt sie vom Klinikpersonal „entsetzlich schlecht behandelt“ worden war, den sie aber gleich sehr lieb gewonnen hätte. Ihr ganzer Lebensinhalt sei es nun, diesen vor dem ständigen „Mobbing“ und der Ausgrenzung in der Schule zu schützen und dagegenzuarbeiten, ihre Wut richtete sich gegen Lehrer und Mitschüler gleichermaßen, und sie beschäftigte sich unablässig mit Theorien, die ihr das Geschehen erklären sollten; ohne die realen Probleme ihres Sohnes (Teilleistungsstörungen, ängstliche Zurückgezogenheit) sehen zu können und zu wollen, erträumte sie sich für ihn eine akademische Laufbahn.

In der Therapie entfaltete die Patientin ebenfalls rasch eine ausgeprägte Phantasietätigkeit, sie beschäftigte sich mit Familiensystemen und „Familienstellen“ und suchte Erklärungen darin für das lieblose Verhalten ihrer Eltern, sowie das „Ausgeliefertwerden“ an ihre damals 12-jährige Schwester, die die Patientin bereits im Kleinkindalter gegen Süßigkeiten an einen älteren Mann „verkauft“ hatte, der sie missbrauchte. Konkrete Erinnerung daran bestand nicht, sie sei aber fest überzeugt. Weitere Thematiken bestanden in Bedrohungen durch die Herkunftsfamilie (bzw. die erste Ehefrau) ihres Ehemannes, die sie teilweise als lebensbedrohlich empfand (Gewehrschüsse aus dem nahen Wald bezog sie auf sich), sowie das „Ausspionieren“ und die ständige Beobachtung durch die Nachbarschaft und das gesamte Dorf. Zuzeiten fühlte sie sich auch durch ihren Ehemann selbst mörderisch bedroht. Ich bemerkte bei der Patientin ein starkes Bedürfnis, „Lücken zu schließen“, die ihr die Welt verständlicher und handhabbarer machten, ohne dabei ihren Narzissmus zu verletzen, vielmehr diesen noch zu bestätigen. Ein Bearbeiten oder Infragestellen dieser wahnhaften Vorstellungen stand für die Patientin nicht zur Debatte, die dahinter auffindbare Realität wäre für sie wohl weniger erträglich gewesen, etwa die Tatsache, dass sich vermutlich niemand besonders für sie interessierte, sie dem Ehemann gleichgültig war und der Sohn nicht den Erwartungen entsprach, die sie in ihn setzte. Erstaunlicherweise zeigte sich die Patientin sehr anhänglich, sah in mir „eine ganz tolle Therapeutin“ (die das Phantasiegewitter über sich ergehen ließ und versuchte, ressourcenorientiert und ich-stärkend zu arbeiten) und verbesserte sich zunehmend bezüglich ihrer depressiven Stimmungslage, machte eine Langzeitdiät und hatte bald „die Figur ihrer Jugendjahre“ wieder, kleidete sich zusehends flotter und hübscher, überraschte mich mit tiefroten Fingernägeln.

Eine Wende trat ein, als sich die Patientin anlässlich eines Zeitungsartikels über K.-o.-Tropfen (die nicht zur Bewusstlosigkeit führten, aber den Betroffenen wie in Trance agieren lassen) „erinnerte“, als junge Frau in einem Lokal wohl auch einmal betäubt worden zu sein, es fehle ihr völlig die Erinnerung an den Abend, sie sei erst auf der Straße zu sich gekommen; ihr Begleiter habe über die gleichen Beschwerden geklagt. Vermutlich sei sie damals „in Trance“ zu sexuellen Handlungen genötigt und dabei fotografiert oder gefilmt worden, später (nach 25 Jahren) habe man das Material ins Internet gestellt, dies

erkläre nun endlich das feindselige und intrigante Verhalten ihrer Umwelt, die natürlich alle Bescheid wüssten und sie vielleicht sogar für eine Prostituierte hielten.

Während die Patientin bisher Lebensbedrohung und Gefahr verspürt hatte, häuften sich in ihrer Umgebung nun begehrliche Männer, die sie kennenlernen wollten, sie nachts durchs Fenster beobachteten und sich gedanklich mit ihr beschäftigten (was sie spüren könne, sie sei „hellfühlig“), und darob neidische und missgünstige Frauen, womit sich die ödipale Szenerie zu runden begann. Die Stimmungslage der Patientin wurde zunehmend optimistischer und sie selbst expansiver. Während sie früher „von Männern nichts mehr habe wissen wollen“ und auch kaum mehr das Haus verlassen habe, begann sie sich auch in der Realität für sie zu interessieren und gelegentlich beim Einkaufen einen kleinen Plausch zu halten. Einen habe sie nach einer längeren und guten Unterhaltung sogar umarmt. Interessanterweise fällt diese Veränderung auch zusammen mit der Adoleszenz des Sohnes und dessen Ablösung und der Entwicklung von – gleichgeschlechtlicher – Sexualität. Mit ihren sexuellen Phantasien und den neidischen, sie bespitzelnden Frauen konnte die Patientin nun wesentlich besser leben, das ständige Beachtet- und Gesehenwerden war weiterhin gewährleistet. Später gelang es ihr, sich von ihrem Mann zu trennen und ein kleines Haus zu beziehen, das sie von ihren Eltern geerbt hatte, sie arbeitet stundenweise und hält Ausschau nach einem neuen Partner, sucht mich weiterhin einmal monatlich sehr gerne auf.

Es wäre nun sicher vermessen, hier von einem „strukturellen Fortschritt durch phantasmische Befriedigung“ zu sprechen, hier hat zunächst die weitgehend positive Übertragungsbeziehung und Unterstützung über insgesamt 9 Jahre hinweg einiges bewirkt; es scheint mir jedoch gerechtfertigt, diesen Phantasien eine entwicklungsfördernde und narzisstisch stabilisierende Funktion zuzusprechen, denn sie verändern offensichtlich die Selbstrepräsentanz der Betroffenen vielleicht im Sinne eines „Probearbeitens“, wie wir es ja auch dem kindlichen Spiel zuschreiben, wenn kleine Mädchen ihre Puppen versorgen und so erste Spuren einer Repräsentanz des eigenen Mutterseins legen oder im Prinzessinnen-Spiel die Repräsentanz einer schönen und begehrten, prächtig gekleideten Frau, die sämtliche Prinzen für sich gewinnen kann. Hier entstehen erste Andock-Stellen für die spätere Entwicklung von Identität und ihrer Facetten und für das so notwendige Größenselbst, wenn diese bestätigt werden.

Hier kann sich ein Mädchen, dessen Vater sich nie für es interessiert hat, als sexuell begehrtes Wesen erleben – dies freilich um den Preis eines beständigen Opferseins, das aber nun auch als Trauma-Opfer der Beachtung und des Mitleids der Umwelt sicher sein kann sowie oft auch der Bewunderung, trotz eines schweren Traumas das Leben gut bewältigt zu haben (Stoffels, 2002).

So könnte man diese „Erinnerungen“ als phantasierte Übergangsobjekte bezeichnen, die (wie der Teddy in der ersten Ablösungsphase) der Phantasierenden den Schritt in ein neues Lebensgefühl ermöglichen, das sie später vielleicht mit „echter Realität“ füllen kann, und es bilden sich introjektive Spuren, anhand derer sich weiteres Erleben und Verhalten kristallisieren kann – die Patienten bekommen wieder Lust auf partnerschaftliches und sexuelles Erleben, in das sie nun mit einem veränderten Selbstbild eintreten können – und: sie können dies alleine tun und sind hier nicht auf eine Objektbeziehung angewiesen, von denen sie ja schon früh enttäuscht wurden – dieser Vorgang ist offenbar selbst-reparativ.

Die narzisstisch stabilisierende Funktion von Freuds Phantasien über Dora

Dass nicht nur Patient(inn)en aus ihrem motivationalen Hintergrund heraus Phantasien entwickeln, zeigt uns der Entdecker der Analyse selbst:

Freuds „Bruchstück einer Hysterie-Analyse“ (1905/1986) bei seiner Patientin Dora ist nach wie vor, besonders mit dem Aufkommen der Selbstpsychologie und ihrer so ganz anderen Behandlungstechnik, sehr umstritten. Während Freud in monoman amnutender Weise das junge Mädchen mit sexuellen Deutungen geradezu „penetriert“ und sie in detektivischer Weise immer wieder ihres eigenen sexuellen Begehrens „überführt“ (im späteren Verlauf bezeichnet er den übergriffigen Mann sogar als ihren „Geliebten“), wird er selbst zum übergriffigen Täter, dem sich Dora nur auf Diktat des Vaters und sehr ungern unterwarf. Dora hatte als 14-Jährige einen Übergriff – einen erzwungenen Kuss – von Herrn K., einem wesentlich älteren Freund der Familie, ertragen müssen und empfand nun heftigen Ekel und entwickelte Konversionssymptome. Der Vater glaubte ihr nicht oder wollte dies nicht glauben, wohl weil er selbst eine Liebesbeziehung zu Frau K. anstrebte und kein Aufsehen wünschte. 2 Jahre danach bekam Dora von Herrn K. erneut einen „Liebesantrag“ und erkrankte erneut, es kam wohl auch noch zu anderen Vorfällen, so dass Dora sich von Herrn K. geradezu verfolgt fühlte und ihm aus dem Wege ging. Zu Doras Symptomen nach dem Übergriff äußert sich Freud folgendermaßen: „... das Benehmen des 14-jährigen Kindes (ist) bereits ganz und voll ganz hysterisch. Jede Person, bei welcher ein Anlass zur sexuellen Erregung überwiegend oder ausschließlich Unlustgefühle hervorruft, würde ich unbedenklich für eine Hysterika halten, ob sie nun somatische Symptome zu erzeugen fähig sei oder nicht“ (S. 106).

Für den mit präödiptalen Störungen vertrauten Leser zeigt Dora das Bild eines jungen Mädchens, geprägt durch die Abwesenheit von Vater und Mutter und einer Gouvernante anvertraut, die dem Kind nur in Anwesenheit des Vaters und diesem zu Gefallen zugewandt war, es anderenfalls kaum beachtete. Hinzu kam der Verrat durch die von Dora sehr verehrte Frau K., die dann ein Verhältnis mit Doras Vater begann.

Die Mutter Doras, von Freud wenig liebevoll als mit einer „Hausfrauenpsychose“ behaftet akzentuiert, sei ständig mit dem Reinigen von Gegenständen beschäftigt, „welches Gebrauch und Genuss derselben fast unmöglich machte“ (S. 98), in einer anderen Lesart könnte dies darauf hinweisen, dass die Mutter mit ihrem offensichtlichen Putzzwang als solche für das Mädchen auch nicht zu gebrauchen war. Für das Leiden dieser Frau, die ja – wie alle Frauen dieser Zeit und dieser Gesellschaftsschicht – ausschließlich auf die Haushaltsführung hin erzogen war und in ihrer Ehe mit einem ständig kränklichen und sie offensichtlich geringschätzenden Ehemann litt, hatte Freud kein Mitleid.

Demgemäß tritt sie auch in Doras erstem Traum als Mutter auf, die bei einem Wohnungsbrand zuerst ihr „Schmuckkästchen“ retten will und danach erst an die Kinder denkt. Freud – im Bann seiner selbst entwickelten Sexualsymbolik – befasst sich ausschließlich mit der erotischen Bedeutung von „Brand“ und „Schmuckkästchen“ und beweist Dora erneut ihre intensive sexuelle Liebe zu Herrn K. „Dieses Stück der Deutung wollte sie natürlich nicht mitmachen“, merkt Freud an. Stattdessen empfand er „ermüdende Monotonie“ bei Doras Klagen über ihre Mutter, die sie offenbar sehr redundant vorbrachte, um endlich Gehör zu finden.

Dora durfte in dieser Analyse offenbar nur sehr wenig selbst assoziieren – was Freud in starkem Maße selbst übernimmt – sonst hätte sich vielleicht anhand der Figurenzeichnung ergeben, wie nachlässig die Mutter mit dem Kind umging und wie gern Dora das „Schmuckkästchen“ der Mutter gewesen wäre, das natürlich als allererstes gerettet würde. Hier wäre ein Hinweis auf Doras präödpale Defizite möglich gewesen, die das Beschwerdebild wohl stärker geprägt haben als der Übergriff durch Herrn K.

Das schon sehr lange kränkliche Mädchen (Tussis nervosa, Asthma – beides eine Bewegung des „Zumachens“ sowie „Auswerfens“) leidet offenbar an einer oralen Frühstörung. Freud entdeckt bei ihr den Wunsch nach „Lutschen“, die Symptomatik spricht aber eher für eine Abwehr des Lutschens oder zumindest eine starke Ambivalenz im Bereich des oralen Aufnehmens, was auch zu der – von Freud selbst entdeckten – „negativen therapeutischen Reaktion“ führen kann, vielleicht im Sinne eines „oralen Nein“ (Mayr, 2001), einer Angst, ernährt zu werden.

Beim Kuss von Herrn K. empfand Dora Ekel und Abscheu, was ihr Freud als Affektverkehrung ihres erwachten sexuellen Begehrens deutete, mit dem sie dieses vor ihrem Über-Ich verbergen wollte.

Man sprach auch – von wem auch immer ausgehend – über Masturbation, und es ergab sich eine Szenerie, in der Dora ständig ihr umgehängtes Geldtäschchen öffnete und schloss, dabei den Zeigefinger hineinsteckte und herauszog, was ihr als Masturbationshandlung gedeutet wurde – in diesem Zusammenhang fällt von Freud der Ausdruck „Indizienbeweis“ (S.148). Eine andere Lesart wäre aber das Bild eines Hineinschlüpfens in eine kuschelige Geborgenheit, der Wechsel zwischen den beiden Geldfächern als unbeschwerter Wechsel zwischen Vater und Mutter in einer Zeit vor der Geschlechtsdifferenzierung, wenn nicht gleich der Wunsch nach Rückkehr in den zweiblättrigen Mutterschoß und damit Schutz vor penetrierenden Verfolgern. Auch hier hätte man Doras Assoziationen folgen können, falls sie welche geäußert hat.

Ein „Nein“ Doras zu Freuds Deutungskunst wird nicht akzeptiert (und damit jegliche Form der Abgrenzung als wichtige Ich-Leistung einer Heranwachsenden unterlaufen): „Das ‚Nein‘, das man vom Patienten hört, nachdem man seiner bewussten Wahrnehmung zuerst den verdrängten Gedanken vorgelegt hat, konstatiert bloß die Verdrängung und deren Entschiedenheit, misst gleichsam die Stärke derselben. Wenn man dieses ‚Nein‘ nicht als den Ausdruck eines unparteiischen Urteils, dessen der Kranke ja nicht fähig ist, auffasst, sondern darüber hinweggeht und die Arbeit fortsetzt, so stellen sich bald die ersten Beweise ein, dass ein Nein in solchem Falle das gewünschte Ja bedeutet“ (S. 132) und an anderer Stelle: „... ein unbewusstes Nein gibt es überhaupt nicht“ (S. 131). Hierzu passt auch die Redewendung Freuds, als ihm wieder eine Deutung eingefallen war: „... was ich nicht versäumte, gegen sie zu verwenden“ (S. 132) – als sei Dora sein Feind oder zumindest Duellpartner. Seine Deutungen bezeichnet er als „vollkommen richtig“ (S. 118).

Falls wir bei Freuds Masturbationsdeutung bleiben wollen, könnte sie sich auch als Übertragungsphänomen betrachten lassen, wie wir es oft bei Missbrauchs- und Gewaltopfern finden: dem „Täter“ zu liefern, was er möchte, um nicht seinen Zorn zu erregen und der Situation schneller ein Ende zu machen.

Hiermit haben wir Therapeuten aber nun ein Wissen über Traumata, das Freud damals nicht zur Verfügung stand, und man sollte ihm auch nicht unterstellen, sich bei der

Analyse von Dora subtil erotisch stimuliert zu haben, sehr wohl aber fand Freud nicht gering ausgeprägter Narzissmus in dieser Behandlung deutlich Bestätigung. Nicht nur, dass seine Theorie über ödipale Sexualität und ihre Abwehrmechanismen und über Traumarbeit hier durch seine selektive Wahrnehmung in vollem Umfang ihre Bestätigung fand, gleichzeitig lieferte ihm seine Sicht von Doras Symptomatik eine Aufwertung seiner Männlichkeit als solcher. Dahinter stecken Annahmen über weibliches Begehren, dass beispielsweise eine Frau – und sei es auch nur eine weibliche unerfahrene Adoleszente – bei einem Kuss eines älteren Mannes (also wohl im Alter von Freud selbst, der damals fast fünfzig war, nach Ansicht eines jungen Mädchens also ein Greis) nichts anderes als heftiges sexuelles Begehren empfinden muss und gegenteilige Empfindungen lediglich auf Abwehroperationen dieses Begehrens hinweisen.

Der Mann ist demnach (so Freuds Phantasie) für die Frau in jeder Situation und jedem Alter begehrenswert.

Den Druck der Arme, den Dora auch im Nachhinein noch an ihrem Brustkorb spürt, deutet ihr Freud als Verschiebung der sexuellen Erregung, die Dora empfand, als sie den Druck des erigierten Gliedes von Herrn K. spürte. Wieder keine Möglichkeit für Dora, anderes darzustellen, vielleicht Angst und Einengung erlebt zu haben, vielleicht die Sehnsucht nach einer rein väterlichen Umarmung des zuvor sehr verehrten Familienfreundes, einem nichtsexuellen Gehaltenwerden und Geborgensein, einer wohlthuend spürbaren väterlichen Präsenz anstatt eines Überfalles aus egoistischen Motiven.

Weibliche Affekte von Ekel und Abscheu einem Mann gegenüber mussten von Freuds Narzissmus als kränkend und kastrierend zurückgewiesen werden in seinem Verständnis von Männlichkeit dieser Zeit. Es ist auch bekannt (die Quelle kann ich leider nicht mehr angeben), dass damals die Vorstellung vorherrschte, dass eine Frau erst beim ersten sexuellen Kontakt mit einem Mann sexuell überhaupt empfindungsfähig werde, der Mann sich also als der Prinz fühlen durfte, der die schlafende Prinzessin erst einmal wachküss. Hier hat Freud ja bekanntlich Pionierarbeit geleistet, indem er auch dem Kind bereits eine eigenständige Sexualität zugestand.

Die narzisstische Bestätigung, die Freud bei Dora suchte und fand, verstellte ihm den Blick auf ihre präödipalen Defizite und ihre Begehrlichkeit, die sich sicher eher auf die Mutter richtete bzw. auf deren Ersatz, Frau K., die ihr durch den eigenen Vater nun auch noch weggenommen und in eine Rivalin verwandelt wurde, sicher auch ein zusätzlicher schmerzlicher Verlust. Der Verlauf weist auch zurück auf Freuds eigene ungelöste ödipale Situation und seine gekränkte Männlichkeit, letztlich den Sieg über den Vater doch nicht errungen zu haben und in seinen Therapien ein Pflaster für diese Wunde zu suchen.

Und wir sehen, wie gut sich Dora, die von niemandem geschützt und getröstet wurde, die weiterhin von Herrn K. mit Blumengrüßen und Geschenken bedrängt wurde, ohne dass die Eltern dies beendeten, und der niemand glaubte, selbst zu schützen vermag und wie gut sie auf ihr Geldtäschchen aufpasste, indem sie sich dem penetrierenden Deuten Freuds nur kurz öffnete und dann gleich wieder verschloss.

Vielleicht hatte sie auch erspürt, dass Freud insgeheim der Meinung war, sie hätte sich den Eltern gar nicht anvertrauen sollen: „Dass sie von dem Vorfall ihre Eltern in Kenntnis gesetzt, legte ich als eine Handlung aus, die bereits unter dem Einflusse krankhafter Rachsucht stand. Ein normales Mädchen wird, so sollte ich meinen, allein mit solchen Angelegenheiten fertig“ (S. 163).

Diese Maxime speist sich vermutlich aus dem Wunsch Freuds, von den Belangen der eigenen Kinder, insbesondere der Mädchen, die ihm wohl immer etwas fremder blieben, nicht allzu sehr behelligt zu werden, und spätestens hier beginnt der Leser, sich um Anna und Sophie Freuds Gedeihen Sorgen zu machen.

Die Beendigung dieser „talking cure“ ist bemerkenswert: Dora glaubte einige Male beim Aufwachen in ihrem Schlafzimmer „Rauch zu riechen“, was Freud zu dem Schluss brachte, sie habe sich von ihm (dem starken Raucher) einen Kuss gewünscht, und er scheint nun am Ziel seiner impliziten Wünsche in dieser Behandlung zu sein, während Dora damit vielleicht signalisierte, dass sie sich von ihm bis in ihr Schlafzimmer hinein verfolgt fühlte und der Therapeut und seine Behandlung ihr zunehmend „stanken“. In dieser Stunde teilte sie ihm auch mit, dass sie die Behandlung zu beenden wünschte und verließ ihn. Freud rächte sich dann in der Weise, in dem er ihr in der Nachbearbeitung des Falles „Unausstehlichkeit“, „Rachsucht“ etc. bescheinigt.

Ein gutes Jahr später suchte Dora Freud noch einmal auf, um ihm mitzuteilen, dass sie mit dem Ehepaar K. gesprochen hatte und beide ihr Fehlverhalten eingestanden hätten – ein später Triumph, den sie Freud wohl nicht vorenthalten wollte.

Jahre später erfuhr Freud von ihrer Heirat – was ihn immer als Zeichen der Gesundung erfreute. Ob die Ehe glücklich und sexuell erfüllend war, erfahren wir nicht; 23 Jahre später begab sich Dora wieder in Behandlung bei einem Kollegen Freuds, dann verliert sich ihre Spur.

In ihrer letzten gemeinsamen Stunde versprach Freud, „ihr zu verzeihen, dass sie mich um die Befriedigung gebracht, sie weit gründlicher von ihrem Leiden zu befreien“ (S.185). Freud bleibt also weiter gekränkt und an der eigenen Befriedigung interessiert, Dora bleibt schuldig bis zuletzt, obwohl diese Behandlung Freud sicher mehr Bestätigung und Freude an der eigenen Kunst einbrachte als dem Mädchen Entlastung.

Bei diesem Spaziergang durch die Welt der phantasmischen Gestaltungen, der erinnerten, halb erinnerten, bewusst erzeugten, gewünschten, umgebauten, verzerrt erinnerten oder wahnhaften, hoffe ich dargestellt zu haben, dass diesem Phänomen nicht nur ein Ausdrucksgehalt anhaftet, was ja nicht neu ist, sondern diesem auch eine Funktion zukommt, die für das jeweilige Individuum unter Umständen unverzichtbar ist und eher im narzisstischen als im ödipalen Bereich (was natürlich auch verwoben ist) zu verorten ist und wir Phantasien eine kreativ-lückenfüllende und auch entwicklungsfördernde Funktion zuschreiben müssen.

Dazu gehört unvermeidlich auch der andere Pol, auf ein Stück Realitätsprüfung zu verzichten und vieles lieber nicht so genau zu wissen, damit unsere Phantasien ihre wohlütige und stimulierende Funktion erfüllen können.

Auch für Frau Klara May war es sicher oft schmerzlich, mit einem körperlich schwächlichen, vorbestraften und zeitlebens als Lügner und Hochstapler verdächtigten Lehrer zusammenzuleben, also zog sie es vor, vieles „nicht mehr so genau zu wissen“, so konnte sie weiterhin mit Old Shatterhand verheiratet sein – damit kann man durchaus leben.

Literatur

- Bass, E. & Davis, L. (1990). *Trotz allem. Wege zur Selbstheilung für sexuell missbrauchte Frauen*. Berlin: Orlanda-Verlag.
- Duerr, H.P. (1982). *Traumzeit. Über die Grenze zwischen Wildnis und Zivilisation*. Frankfurt a.M.: Syndikat
- Erdfelder, E. (2003). Das Gedächtnis des Augenzeugen. *Report Psychologie*, 28, 7/8.
- Freud, S. (1986). Zur Ätiologie der Hysterie. *Hysterie und Angst*. Studienausgabe Bd. 6. Frankfurt am M.: Fischer. (Original veröffentlicht 1896).
- Freud, S. (1986). Briefe an Fließ. Frankfurt a.M.: Fischer. (Original veröffentlicht 1896).
- Freud, S. (1986). Bruchstück einer Hysterie-Analyse. In: *Hysterie und Angst*. Studienausgabe Bd. 6. Frankfurt a. M. Fischer. (Original veröffentlicht 1905).
- Ganaway, G. (1991). Alternative Hypothesis Regarding Satanic Ritual Abuse Memories. *Öff. Vortrag*; zit. n. Ofshe & Watters (1996).
- Goldstein, E. & Farmer, K. (1993). *True Stories of False Memories*. Florida: Boca Raton.
- Loftus, E. & Ketcham, K. (1995). *Die therapierte Erinnerung*. Hamburg: Klein.
- Magin, U. (2000). *Ausflüge in die Anderswelt*. Königsförde: Königsfurt.
- May, Klara (1931). *Mit Karl May durch Amerika*. Schriften der Karl-May-Gesellschaft, Radebeul.
- Mayr, U. (1998). „Da muss etwas gewesen sein.“ Über das Bedürfnis mancher Patientinnen, sexuell missbraucht worden zu sein. *Psychotherapeut*, 43/98, 229-237.
- Mayr, U. (2000). *Ohnmacht und Bewältigung. Gesichter des Inzests*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Mayr, U. (2001). *Wenn Therapien nicht helfen*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Mayr, U. (2005). *False memories – Botschaften aus dem Übergangsraum*. *Forum der Psychoanalyse* 1. Heidelberg: Springer Medizin.
- Mulhern, S. (1991). *Satanism and Psychotherapy*. In J.T. Richardson, J. Best & G.B. David (Eds.), *The Satanism Scare*. New York: De Gruyter.
- Ofshe, R. & Watters, E. (1996). *Die missbrauchte Erinnerung*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Putnam, F.W. (1991). The Satanic Ritual Abuse Controversy. *Child Abuse and Neglect*, 15, 175-179.
- Stoffels, H. (2002). Das Trauma als Faszinosum. In J. Diekmann & J.H. Schoeps (Hrsg.), *Das Wilkomirski-Syndrom*. Zürich: Pendo.
- Winnicott, D.W. (1974). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Ursula Mayr
Psychoanalytikerin, Lehranalytikerin, Supervisorin
Ludwig-Ganghoferstr.1a | 83236 Übersee
Tel. 08642-951 | Fax 08642-5275 | UrMayr@web.de