



## Ein Traum, zwei Methoden:

### Das Traumseminar nach Morgenthaler und das Zurich Dream Process Coding System im Vergleich

*Lutz Wittmann (Berlin), Thomas Anstadt (Saarbrücken), Tamara Fischmann (Berlin, Frankfurt a. M.), Stephan Hau (Stockholm), Simon Kempe (Berlin), Katrin Herot (Zürich), Ralf Binswanger (Zürich)*

*Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit will zwei bezüglich Zielsetzung und Methodik unterschiedliche Herangehensweisen zum Thema Traum miteinander vergleichen. Nach einer Vorstellung von zugrundeliegenden Annahmen und technischem Vorgehen wird derselbe Traumbericht einer Patientin unabhängig voneinander von einem Traumseminar nach Morgenthaler sowie dem Zurich Dream Process Coding System nach Moser und von Zeppelin untersucht. Die Analyseschritte werden von einer Fallvignette ergänzt und von der behandelnden Therapeutin kommentiert. Eine kritische und vergleichende Reflexion der beiden Ansätze schliesst den Aufsatz ab.*

*Schlüsselwörter:* Traumseminare Fritz Morgenthaler, Traumcodierung Moser und Zeppelin

#### 1 Einleitung

Zürich lässt sich getrost als Traumstadt bezeichnen – schon allein, wenn man bedenkt, wie viele klinisch und wissenschaftlich schaffende Pioniere sich hier dem Phänomen Traum verschrieben haben. Im Folgenden verschreiben wir uns dem Unterfangen, zwei der in Zürich entwickelten Ansätze der Arbeit mit Träumen anhand desselben Traummaterials miteinander zu vergleichen. Dabei handelt es sich um das von Fritz Morgenthaler konzipierte Traumseminar und das *Zurich Dream Process Coding System* (ZDPCS). Die erste Version des ZDPCS wurde 1996 von Ulrich Moser und Ilka von Zeppelin unter dem Titel «Der geträumte Traum» publiziert; inzwischen existieren mehrere Weiterentwicklungen (z. B. Döll-Hentscher & Scheiber, 2013; Fischmann et al., unveröffentlicht). Ein solcher Vergleich ermöglicht die Überprüfung, ob sich die beiden Methoden in ihrem jeweiligen Potential der Traumauswertung gewinnbringend ergänzen. Darüber hinaus

hilft die Kontrastierung zweier Verfahren, die Spezifika beider Ansätze präziser zu fassen.

### 1.1 Traumseminare nach Morgenthaler

Das Traumseminar ist, wie das technische und das kasuistische Seminar, ein traditionelles Instrument der psychoanalytischen Ausbildung. Das Besondere an der Version nach Morgenthaler sind striktere Vorgaben für den Ablauf: Eine Seminarteilnehmerin stellt einen Traum aus ihrer Arbeit mit einem Analysanden oder Patienten vor, ohne weitere Informationen zur träumenden Person oder zum analytischen Prozess. Im Anschluss daran bearbeitet die Gruppe den Traum, während die vorstellende Kollegin schweigt, bis sie am Ende der Gruppendiskussion ihre Rückmeldungen zur Arbeit der Gruppe abgeben darf und soll. Dieses Vorgehen hat einen offensichtlichen Nachteil: die fehlenden Assoziationen zum Traum. Nach Morgenthaler bestehen diese aus allem, was in der Sitzung, in welcher ein Traum erzählt wird, verbal und nonverbal passiert. Im Traumseminar steht an dieser Stelle alles, was von den Teilnehmerinnen und auch von der Leiterin verbal und nonverbal eingebracht wird. Dies ermöglicht Widerspiegelungen zwischen Dynamik und Inhalten der analytischen Sitzungen und des Traumseminars. Wie vielfältige Erfahrungen zeigen, sind diese Spiegelungen immer wieder erstaunlich stringent. Das Erleben im Traumseminar kann deshalb häufig in die analytische Situation zurück transferiert werden. Das fördert nicht nur den Lerneffekt, sondern nicht selten auch den analytischen Prozess mit der Träumerin.

Für grundsätzliche Überlegungen zur Methodik des Traumseminars verweisen wir auf den zweiten Abschnitt der Arbeit «Traumseminare erleben» und den zweitletzten Abschnitt der Arbeit «Ein Beispiel für einen Widerstand des Leiters in einem Traumseminar» in diesem Heft.

### 1.2 Traumcodierung nach Moser und von Zeppelin

Das *Zurich Dream Process Coding System* (ZDPCS) kann sicherlich als das differenzierteste Instrument zur wissenschaftlichen Arbeit mit Traumberichten gelten. Nicht nur seine Anwendung ist vergleichsweise anspruchsvoll, auch das ihm zugrundeliegende theoretische Fundament ist äusserst komplex. An dieser Stelle soll deshalb nur eine überaus verkürzte und vereinfachte Darstellung unternommen werden. Darüber hinaus interessierte LeserInnen seien auf das Buch von Moser und von Zeppelin (1996) oder jüngere Sekundärliteratur (Anstadt, 2016; Döll-Hentschker, 2008; Fischmann, Russ et al., 2012; Varvin, Fischmann et al., 2012; Wittmann, Zander et al., 2016) verwiesen.

Das ZDPCS basiert auf einem Modell der Traumgenerierung und versucht als solches, anhand des Traumberichtes die dynamische Entwicklung des Traumgeschehens, insbesondere in Bezug auf die Affektregulierung, nachzuzeichnen. Einem Problemlöseparadigma verpflichtet, postuliert es, dass der Traum eine Mikrowelt ist, in deren Rahmen im Langzeitgedächtnis gespeicherte Komplexe aktiviert und bearbeitet werden können. Um eine überfordernde, zu starke Komplexaktivierung zu vermeiden, wirken hierbei im Idealfall zwei Prinzipien in produktiver Weise zusammen: das Involvement- und das Sicherheitsprinzip. Dem Freud'schen Konzept der Traumarbeit entspricht dabei die sogenannte Traumorganisation. Diese repräsentiert Elemente des Traumkomplexes als selbstgesteuerte Wesen (Prozessoren) oder unbelebte Elemente sowie ihre Attribute im Positionsfeld (POS), der ersten der drei Dimensionen, in denen der Traumbericht codiert wird. So wird etwa das Traum-Ich als Subjektprozessor (SP) oder eine andere Traumperson als Objektprozessor (OP) bezeichnet. Ortsveränderungen in Form von dargestellten Fortbewegungen werden im Loco-Time-Motion-Feld (LTM) beschrieben. Fortbewegungen sind eine Möglichkeit der Traumorganisation, um Prozesse der Annäherung an oder der Distanzierung von Objekten zu ermöglichen, Interaktionswahrscheinlichkeiten zu regulieren, und damit auf den Grad der Komplexaktivierung einzuwirken. Als zentraler Gradmesser für diese dient das Interaktionsfeld (IAF). Die Art der dargestellten Interaktion gilt als Indikator für die jeweilige Komplexaktivierung. Beispielsweise ist eine Interaktion zwischen zwei Prozessoren intensiver als die Interaktion eines Prozessors mit einem leblosen Traumgegenstand (das im letzteren Fall implizierte Ausmass an Kontrolle auf Seiten des Prozessors liesse sich als Tribut an das Sicherheitsprinzip verstehen).

Eine Stärke des ZDPCS liegt in der Differenziertheit, mit welcher die Mechanismen der Affektregulation nachgezeichnet werden können. So lässt ein detailliert beschriebenes Traumelement mehr Interaktionspotentiale erkennen als ein anonymisiertes. Eine Interaktion, welche das Traum-Ich (SP) aus der Ferne beobachtet, lässt dagegen weniger Involvement erkennen als eine, in welcher der SP selbst beteiligt ist.

Als Traumgenerierungsmodell gilt die ganze Aufmerksamkeit des Ansatzes dem geträumten, nicht dem erzählten Traum. Deshalb entwirft der erste Arbeitsschritt (Aufbereitung des Traumberichts), im Sinne einer Annäherung an den hypothetischen, geträumten Traum, einen Text in Gegenwartsform, als ob der Codierer gerade jetzt den Träumer durch seinen Traum begleiten würde. Es ist evident, dass der Anspruch der Wiederherstellung des geträumten Traums natürlich nicht einlösbar ist. Das Modell postuliert jedoch strukturelle Identität von geträumtem und

erzähltem Traum (Konsistenz-Verzerrung-Hypothese). Der Traumtext wird dann, entsprechend genau definierter Regeln, in kurze Segmente unterteilt. Diese werden schliesslich in Bezug auf die drei genannten Felder (POS, LTM, IAF) detailliert codiert. Dabei stehen nicht die Inhalte selbst, sondern die darin transportierten Spuren der Affektregulierung, das Ringen von Involvement- und Sicherheitsprinzip bei der Komplexbearbeitung, im Vordergrund.

### 1.3 Unser Projekt

Um eine plastische Illustration von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der beiden Methoden zu ermöglichen, bietet sich eine gemeinsame Ausgangsbasis an. Als solche nehmen wir im Folgenden einen identischen Traumbericht (Abschnitt 2.), welcher ohne weitere Informationen in Bezug auf die träumende Person zwei unabhängig voneinander auswertenden Arbeitsgruppen vorgegeben wurde. Beiden Gruppen war jedoch bekannt, dass es sich um einen Traum handelt, der einer Therapeutin im klinischen Kontext erzählt wurde. Bei der ersten Arbeitsgruppe handelte es sich um die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Traumseminars nach Morgenthaler von Ralf Binswanger am PSZ im Sommersemester 2016, denen der Traum zweimal von der Therapeutin vorgelesen wurde (Abschnitt 3). Die Arbeitsgruppe zum ZDPCS erhielt den Traumbericht in schriftlicher Form. Nachdem Aufbereitung, Segmentierung und Codierung vorab per E-Mail-Kommunikation erarbeitet worden waren, erfolgte die Analyse der Affektregulation in Form einer Telefonkonferenz, deren verschriftetes Ergebnis nochmals mit allen TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe abgestimmt wurde (Abschnitt 4.). Rückmeldungen der Therapeutin an beide Arbeitsgruppen, welche jeweils *im Nachhinein* abgegeben wurden, finden sich in den Abschnitten 3.2 bzw. 4.3. Um einen Einfluss durch die Analyseergebnisse auf die von ihr verfasste Fallvignette (Abschnitt 5.) auszuschliessen, wurde diese *im Vorhinein* verfasst.

## 2 Original-Traumbericht

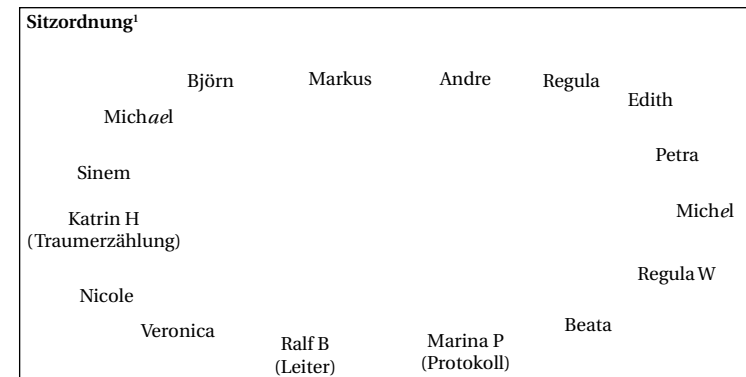
*Ich war schwanger im Spital. War mit Leuten am Reden und habe dann gemerkt, dass es losgeht. Bin im Gebärsaal. «Es geht ja eh lang», habe ich gedacht. Dann habe ich einmal gepresst, mega peinlich. Ich habe früher mal mit meiner Schwester über das Peinliche geredet und dann ist es voll passiert. Eine Schwester kommt in den Raum rein und putzt es weg. Sie sagt: «Easy, das passiert jedem.» Nach der Geburt bin ich einfach aufgestanden und war irgendwie desinteressiert. Dann kommt die Schwester und fragt mich, ob ich*

*das Kind nicht sehen will. Das Kind war körperlich voll behindert. Ich war total schockiert. Jemand zeigt mir dann ein Foto. Im Traum hab ich gedacht, dass er ein Samenspender gewesen sein könnte. Irgendwie unklar. Da gab es keinen Vater. Die Schwester sagt, dass er vielleicht behindert sei. Der Mann auf dem Foto. Im Traum hab ich das Baby genommen und gedacht: «Oh, jetzt hab ich ein behindertes Kind.» Meine Familie war da. Ich bin zu ihnen hingegangen und alle waren schockiert. «Du kannst es zur Adoption freigeben», hat die Mutter gesagt, «Es ist halb so wild. Du kannst es ja auch weggeben.» Dann haben wir, hat sie begonnen, es zu organisieren.*

## 3 Seminar nach Morgenthaler

Beim Protokoll des Traumseminars handelt sich um eine Mitschrift einer Teilnehmerin, Marina Patzen.

### 3.1 Gruppendiskussion



Nicole: *Mich springt gerade so an, dass es enorm viele Denkleistungen und direkte Reden hat.*

Björn: *Ich finde es schwierig, mir ein Bild von der Struktur der Träumerin zu machen. Sie wirkt sehr unstrukturiert, auch in den Denkleistungen, hat etwas Plakatives und Infantiles und wirkt comichaft im Redestil. Vielleicht ist sie noch eine junge Frau.*

Regula W: *Mir ist auch aufgefallen, dass der Traum streng chronologisch und linear daherkommt. Comichaft, sehr kontrolliert. Es kommt auch eine gewisse Langeweile auf, die sehr kontrastiert mit dem Inhalt. Die Affekte werden so rausgenommen. Wie wenn es um gar nichts Wichtiges gehen würde.*

Markus: *Ich habe das Gefühl, ich hätte diesen Traum schon einmal gehört, von einer eigenen Patientin. Praktisch identisch. Ich merke, dass ich am Suchen bin, welche das war. Ich habe aufgrund dessen wie eine gesteuerte Fantasie. Ich habe das Gefühl, es geht um eine reale Geschichte.*

Veronica: *Mir fällt dazu gar nichts ein. Es ist unglaublich konkret, wie ein Film, eine Geschichte, zu der es gar nichts mehr zu sagen gibt. Ich habe kein Bild von der Frau.*

Sinem: *Mir stellt sich die Frage, wie sich die Patientin gefühlt hat, nachdem sie erwacht ist. Es ist für mich wie ein Albtraum, traurig und schlimm. Es geht für mich um Misserfolg. Dann taucht plötzlich eine dominante Mutter auf, die am Schluss alles in die Wege leitet.*

Ralf B: *Man fantasiert. Man denkt, eigentlich müsste sie mit Horror erwacht sein. Es könnte sein, dass sie irgendwie desinteressiert an dem Kind war. Und am Schluss ist sie vielleicht desinteressiert erwacht. Wir wissen es nicht. Aber man fragt sich nach dem Affekt.*

Regula W: *Die Autorenschaft, das Geschehen, wird irgendwie verschoben von ihr auf ihre Mutter. Sie gebärt, es ist ihr Kind. Am Schluss des Traumes heisst es in Bezug auf die Mutter: «Dann haben wir, dann hat sie organisiert.» Da wird irgendwas weggenommen von der Träumerin selber und verlagert, das vielleicht mit Schuld zu tun hat. Autorenschaft. Und es gibt auch keinen Vater.*

Ralf B: *Unbefleckte Empfängnis.*

Andre: *Ich fand es auch einen grauenhaften Traum. Ich habe etwas Grauenhaftes empfunden. Und ich habe mich dann auch gefragt, ist es die Geschichte? Aber nein, es ist nicht die Geschichte, sondern dieser abgespaltene Affekt, der mir so grauenhaft rüberkam.*

Michel: *Was mir aufgefallen ist, ist dieser Wechsel zwischen Spannung-Entspannung. Dieser wird wie fremdgesteuert. Fantasie, dass es sich um eine junge Frau handelt, die nicht so viele Ich-Möglichkeiten hat.*

Michael: *Zuerst entgleitet die Kontrolle. Im zweiten Teil wird es interessanter, weil er auch absurd ist, der Mann ist dann im Mittelpunkt.*

Markus: *Samenspender. Das hat etwas Abstraktes. Ich habe die Fantasie von einem Missbrauch. Von einem schweren Alkoholiker.*

Ralf B: *Aufgrund des manifesten Traumes könnte diese Fantasie gut passen.*

Michael: *Den Vater, den Mann findet sie scheisse. Blöd, behindert, wie ein Kind.*

Nicole: *Ich denke noch immer an diese Denkleistung «es geht ja eh lang» und habe das Gefühl, die Geburt könnte für die Analyse stehen. Und der Vater ist die Analytikerin und zusammen macht man etwas Komisches, wo man sich fragt: Ist das nicht etwas behindert? Und es geht so lang.*

Ralf B: *Eine sehr mutige Hypothese, gut! Was wird da geboren? Was wird da ganz real geboren? Ein Traum wird geboren. Im manifesten Trauminhalt wird ein Kind geboren. Jetzt könnte man sagen, es ist ja oft so, dass ein Element des manifesten Traums den Traum selbst repräsentiert. Da wäre es sehr suggestiv, man könnte sagen, sie gebärt diesen Traum. Wie dieser erzeugt wurde, wissen wir nicht. Der Traum ist eine Missgeburt. Er gefällt ihr gar nicht. Sie ist schockiert. Er ist zack rausgekommen und sie meinte, es gehe lange. Was*

passiert, wenn man im manifesten Trauminhalt das Wort Kind mit dem Wort Traum ersetzt? Sie war schwanger im Spital, schwanger mit einem Traum. Dann hat sie gemerkt, dass es losgeht und sie ging in den Gebärsaal, ins Analysezimmer, wo sie dann den Traum gebärt. Wir empfinden diesen Traum ja auch als Missgeburt. Er ist ein wenig langweilig. Zwar beinhaltet er schöne Denkleistungen und schöne direkte Reden. Aber es kommt zunächst keine Dynamik in Gang. Etwas desinteressiert einen daran. Dann kommt aber diese quälende Aggression. Die ganze Geschichte, der Traum ist auf eine Art sehr exhibitorisch, aber wenn ich ihn exhibiere, dann wird es doch eine Missgeburt. Ich weiss noch nicht, was ich damit sage, ich schaue einfach, was formell passiert, wenn man das ganze Gebären auf den Traum bezieht und auf die Dynamik, welche die Patientin durch diesen Traum in die Analyse hineinbringt.

Markus: Was mir jetzt noch aufgefallen ist, ist, dass die Zuordnung der Namen auf die Akteure bis auf zwei Figuren verschwimmt. Sie redet einmal von ihrer leiblichen Schwester und dann von der Krankenschwester, welche ihr beim Gebären hilft. Der Samenspende, das ist auch nicht klar. Nur die Träumerin selbst und die Mutter sind klar. Sie ist die, die liefert und die Mutter ist die, welche es wegbringt.

Ralf B: Sie gebärt das Kind = den Traum und bringt es nachher der Mutter, der Therapeutin.

Markus: Oder die Mutter merkt erst, dass sie eine Tochter hat, als diese ein Kind gebärt. Und es müssen 20 oder 40 versäumte Jahre nachgeholt werden.

Und die Peinlichkeit fällt mir auch auf. Der Kontrast zwischen dem Grauen und der Peinlichkeit.

Ralf B: Und der Traum hat etwas sehr Kontrolliertes.

Markus: Die Scham steht im Vordergrund.

Ralf B: Die Scham spürt man.

Regula W: Es gibt diese verwirrende direkte Rede, wo die Schwester sagt: «Easy, das passiert doch jedem.» – nicht jeder. Jedem. Und sie presst und die Schwester putzt die Scheisse weg. Und die Geburt im Anschluss, die passiert wie gar nicht. Und dann ist das Kind einfach da. Es gibt wie eine Verwirrung. Wie, als würde sich ein Mann eine Geburt vorstellen. Aber sie ist eine Frau, sie müsste wissen, wie eine Geburt geht. Aber sie erzählt es so, als wisse sie nicht, dass sie eine Frau ist.

Andre: Es geht um Körperlichkeit. Es gibt eben keinen Mann in dem Sinne. Es gibt keinen Zeuger. Jemand, der das Kind gemacht hat mit ihr.

Regula W: Es passiert einfach.

Andre: Es gibt bloss diesen Vater.

Edith: Es ist irgendwie unklar. Die Schwester hat darauf hingewiesen, dass der Mann evtl. behindert sein könnte. Ein Samenspende oder ein Unbekannter. So habe ich das verstanden. Eine Geburt bedeutet ja auch immer einen Neubeginn. An sich ein freudiges Ereignis. Es muss jetzt kein Kind sein, aber ein Veränderungsprozess. Das ist schockierend, weil daraus wird eine Katastrophe, welche weder sie will, noch die Mutter. So wie die Schwester auch nicht schlimm findet, dass da Scheisse ist; jeder produziert Scheisse, so findet die Mutter das mit dem Kind auch nicht so schlimm, man kann es ja weggeben.

Ralf B: Wie kommt ihr denn auf Scheisse?

Edith: Kot. Sie sagt es zwar nicht, aber sie sagt, sie hat einmal gepresst. Mega peinlich. Und die Schwester putzt das dann weg.

Ralf B: Ich dachte, es gehe um die Geburt, welche peinlich sei, weil sie unkontrolliert passiere.

Edith: *Aha, nein, ich habe verstanden, dass ihr beim Pressen Darminhalt rausgerutscht sei.*

Ralf B: *Eben, aber das ist dazu fantasiert. Ich finde es einfach lustig, ihr versteht das alles so ...*

Michael: *Nein, nein, ich glaube, das ist eine Frauenfantasie. Ich habe auch eher gedacht, es sei eine Geburt.*

*Lachen, Witze darüber, dass Frauen scheinbar besser drauskommen als die Männer.*

Ralf B: *Dass es weggeputzt wird, spricht natürlich für die Auffassung, es sei Kot.*

Edith: *Das kann ja jedem passieren, ist ganz normal.*

Ralf B: *Ja, natürlich!*

Regula W: *Nicht jedem, jeder.*

Michael: *Ich bin noch immer bei der Traumtendenz. Wenn ein solcher Traum in der Analyse erzählt wird, was soll das? Welches Klima soll geschaffen werden? Das ist ein Traum, der einen in die Sätze bringt [Schweizerdeutsch für Entsetzen auslösen könnte]. Was ist da los? Und dann kommen die direkten Reden, wie: «Easy, das passiert jedem, es ist halb so wild, du kannst es ja weggeben.» Also geht es eigentlich um eine positive Entwicklung in der Therapie, die aber bedrohlich ist und abgewehrt werden muss mit beunruhigenden Traumgeschichten. Also ist die Tendenz vom Traum, zu beunruhigen.*

Ralf B: *Die Tendenz des Traumes ist es, die Therapeutin zu beunruhigen, damit die Entwicklung nicht überstürzt wird. Was mir noch nicht ganz gefällt: All das Unbefriedigende und Unheimliche, die Langeweile, vieles von dem stammt aus dem manifesten Traum. Und wenn wir deshalb z. B. jetzt alles umkehren würden und sagen*

*würden: Ich bring jetzt den Traum, der kommt hier regulär jetzt auf die Welt in der Therapiestunde. Und er soll nicht weggegeben werden. Es ist doch ein schöner Traum. Der Traum ist jetzt da und das ist eine positive Entwicklung. Obwohl ich vielleicht eine Frau bin, die viel Negatives erleben musste mit Männern usw. Aber das Positive, das dann passiert, diese Tendenz, die versteht man im ersten Moment überhaupt nicht. Ich habe die ganze Zeit gedacht, wann ist dieser Traum endlich fertig. Er ist verwirrend, er hat alles Mögliche an direkten Reden, Denkleistungen. Absurdität sehe ich keine, es gibt nichts, was naturwissenschaftlich unmöglich wäre. Sondern die Therapie geht viel schneller vorwärts als die Träumerin eigentlich gedacht hat. Einmal pressen und einmal Träumen und dann geht es schon gut los. Und nicht missgebildet. Wenn man das umkehrt und sich löst von der Suggestion des manifesten Trauminhalts.*

Markus: *Im manifesten Trauminhalt hat es eine gewisse Unlogik, wo nämlich die Träumerin sagt, dass die Eltern gekommen seien und sie zu ihnen hingegangen sei. Übertragen auf die Therapiesituation würde es wieder passen: Die Analysandin kommt auch in die Therapie und die Therapeutin nicht zu ihr. In der Übertragung ist die Therapeutin beide Eltern in dieser Tendenz.*

Ralf B: *In dieser Tendenz, genau. Das Positive kommt zu überstürzt und muss schlecht gemacht werden. Die Therapeutin soll es doch entsorgen und zur Adoption freigeben. Es ist ja nicht so schlimm, dass jetzt ein Traum hier ist. Eine Verharmlosungstendenz. Im manifesten Trauminhalt etwas total Nicht-Harmloses. Sonst ließe sich das nicht bewältigen. Der Traum wird ein wenig wie eine Novelle erzählt. Die Patientin ist immer wieder draussen, dann drinnen, dann draussen. Rein vom Inhalt her müsste die Patientin in Panik erwachen. Diese Abspaltung ist einem ein wenig unheimlich, weil das Positive zu schnell passiert ist.*

Regula W: *Es gibt noch einmal eine direkte Rede, an welcher ich auch hängengeblieben bin. Wo die Träumerin die Krankenschwester sagen lässt: «Wollen sie es nicht anschauen?» Das ist eine doppelte*

*Aussage. Es kann auch im Sinne einer Aufforderung verstanden werden: «Ja, ich weiss, sie wollen nicht hinschauen!» Dort gibt es wie eine Andeutung einer Umkehr. Es ist wie ein Spiegelbild, man kann es von beiden Seiten betrachten.*

*Michel: Ich hatte eine Fantasie am Anfang. Ich habe gedacht, es tönt wie eine Alliteration. Ich bin schwanger, im Spital, mit Leuten am Reden ... Es fängt an wie Musik. Eine Stimmung von jetzt geht's los. Positive Fantasie, die dann im Verlauf des Traumes abgetan wird als etwas wie, das kann's nicht sein.*

*Ralf B: Was geht zu schnell? Wir könnten nochmals versuchen, zu synthetisieren. Zu schnell geht vielleicht nicht die positive Übertragung. Sondern zu schnell geht, dass die Patientin sich einlässt auf traumatisches Material. Die direkten Reden können von traumatischen Situationen herrühren. Bei der Arbeit mit traumatisierten Patienten merkt man, dass es schon positiv ist, wenn sie von ihren Traumata erzählen können. Aber dann kommen die Flashbacks und man kann sich nur emotional davon distanzieren, indem es einen kalt lässt und sagt, es sei behindert. Das Unheimliche kommt dadurch zum Ausdruck, dass man es abwehren muss auf diese Art. Wie handhaben wir das jetzt? Es geht einerseits so schnell und andererseits ... Traumatisches Zeug «kann jedem passieren». Von einem alkoholisierten Mann missbraucht zu werden «kann jedem passieren».*

*Markus: Sie schildert den Traum ja schon sozusagen in der Starre. Darum vielleicht diese Distanz. Es kann ja sein, dass der Traum nur auf diese Art sich mal hat melden können. Aber die Beteiligung daran mit den Ich-Strukturen ist noch nicht möglich.*

*Ralf B: Es geht eh lang, hat sie ja gedacht. Denkleistung=Wunsch-erfüllung. Wenn es lang geht, ist es nicht so schmerzlich. Es kommt gleich raus, sei es als Scheisse, sei es als Sturzgeburt, plötzlich viel zu schnell und das kann dann traumatisierend sein. Und wenn dann die direkte Rede kommt, easy, das passiert jedem (komischerweise nicht jeder), fantasiert man tatsächlich einen Übergriff. Der «jedem*

*passieren kann». Und dann diese Distanziertheit, sie beurteilt, sie urteilt über ihn [den Traum]. Wenn ich desinteressiert sein kann, dann kann ich weiterschlafen. So überfordert sie das Flashback nicht, sie erzählt sogar. Dann ist sie schockiert von dem, was da rauskommt. Wenn es behindert wäre, wenn eh nichts wäre mit dem Traum, dann könnte sie weiterschlafen. Aber es ist etwas mit dem Traum. Es gibt keinen Vater. Denkleistung. Urteil. Es gibt keinen Vater, der etwas Böses gemacht hat. Im Traum habe ich das Kind genommen und gebracht. Jetzt habe ich ein behindertes Kind, Denkleistung. Man kann es zur Adoption freigeben. Eigentlich ist dieser Frau etwas Traumatisches passiert. Aber ist ja nicht so schlimm, kann ja jedem passieren. Bei traumatischen Sachen ist oft der manifeste Trauminhalt eine Wiederholung der Realität. Mit dem Traum wird ein grosses Vertrauen ausgedrückt, aber mit der Angst vor dem Flashback sind Widerstände vorprogrammiert.*

*Michel: Ich hatte gerade die Fantasie gehabt: Wollte sie nicht einen Apell aussenden? Das Umfeld im Traum ist ja sehr kalt und nimmt gar nichts auf von der Träumerin. Ich hatte wie die Fantasie, könnte das nicht auch ein Signal oder ein Apell sein an die Katrin, dass sie gehört wird, auch wenn das so raue Affekte sind. Oder schauen wir mal, wie sie reagiert. Hoffentlich nicht wie die Leute im Traum.*

*Regula W: Kann man das Entstellte anschauen?*

*Edith: Kann sie hinschauen, die Therapeutin.*

*Regula: Wenn der Kot kommt oder die Entstellung, das Peinliche?*

*Michael: Da kann man sich auch denken. Stört die Therapeutin die Behinderung in Form einer Verzögerung?*

*Markus: Könnte es auch sein, dass die Peinlichkeit über die Behinderung heisst: Mir ist das selber widerfahren und mir ist die Mündigkeit von meinen primären Objekten entzogen worden, machen sie das bitte nicht nochmals mit mir.*

Nicole: *Mir kommt es immer wieder ganz anders vor. Etwas in mir wehrt sich gegen das Traumatische. Ich habe immer noch das Gefühl, die Analytikerin hilft beim Gebären. Ich habe das Gefühl, es gibt so eine Einigung in der Gruppe. Das stört mich irgendwie.*

Ralf B: *Und jetzt kommt die Rebellin und sagt, ja so einfach ist die Geschichte jetzt doch wieder nicht.*

### 3.2 Rückmeldung der Therapeutin Katrin Herot (gekürzt um einige anamnestische Angaben, die aus dem untenstehenden Fallbericht hervorgehen)

Die Träumerin ist 31 Jahre alt. Das Traumatische passt sehr gut, auf mehreren Ebenen. Ihre Mutter hat selber sexuellen Missbrauch erlebt. Die Patientin war etwa 16- oder 17-jährig, als sie es erfahren hat. Die Eltern hatten sich getrennt, als die Patientin zwölf war. (...)

Mit ungefähr 22 musste sie einen Herzschrittmacher einsetzen lassen. Die Diagnose und die Operation waren nicht einfach, das war ein «Zirkus», etwas Traumatisches. Das hat sie so in der ersten Stunde auch erzählt. Das passt ein wenig zu diesem Comichaften, Schemahaften, affektiv Distanzierten. Es war danach gar nicht mehr Thema in der Therapie. Es ging eher um die Arbeit, den Vater und die Mutter. Der Vater habe einfach sein Ding durchgezogen; die Mutter sei früher überbesorgt und deshalb etwas anstrengend gewesen.

Vor den Frühlingsferien, vor etwa sechs oder sieben Wochen, kam sie in die Stunde und sagte, sie sei müde, aber nichts weiter. Am Tag danach hatte sie eine Herzbeutelentzündung. Die hat sie immer wieder, das hat sie aber «unter den Teppich gekehrt». Als wir darüber redeten, dachte ich, ich könnte irgendwie schuld daran sein. Aber dann habe ich erfahren, dass sie das vor einem halben Jahr schon einmal gehabt hat. Und dass sie das immer wieder mal hat, aber nicht darüber spricht, sondern es völlig verdrängt. Dann haben wir doch einmal über die OP geredet und sie sagte mir, dass sie sich seither von künstlichen Körperteilen fasziniert fühle. Während ihrer ausführlichen Schilderungen hat sich ein «inneres Bild» bei mir geformt: Wie ein Cyborg [technisch veränderte biologische Lebensform]. Das sagte ich der Patientin dann und sie meinte, «ja genau». Sie redete dann über ihr Tattoo, einen Roboterarm auf ihrem Arm. Etwas später, während meinen Frühlingsferien, hat sie diesen Traum gehabt. Nach den Frühlingsferien hat sie eher über Belangloses geredet. Den Traum hat sie erst in der zweiten Stunde nach den Ferien gebracht. Als sie mir den Traum erzählt hat, fand ich ihn interessanterweise nicht langweilig oder affektlos. Ich frage mich grade, was ich denn daraus gemacht

habe, dass er jetzt so aufgefasst wurde von euch. Die Patientin fand den Traum selber auch sehr speziell, sie wollte ihn unbedingt erzählen. Es war ihr peinlich. Es geht tatsächlich um Stuhlentleerung, nicht um Sturzgeburt. Diese Verschiebung und Verwechslung Schwester/Schwester, die Frage, wer ist jetzt auf diesem Foto, das fand ich auch eigenartig. Im Moment macht die Familie ein bisschen Druck, ob sie nicht wieder eine Beziehung eingehen wolle. Im familiären Umfeld sowie am Arbeitsplatz ist sie umgeben von schwangeren Frauen. Im Team wird sie mehr Verantwortung übernehmen. Sie weiss, dass jetzt viel Arbeit und Druck auf sie zukommen werden. Sie hat im Beruf viel mit Jugendlichen zu tun, die verhaltensauffällig sind. Ich machte die Verbindung zwischen diesen Jugendlichen und dem behinderten Kind und die Patientin sagte, die Chefin habe ihr auch gesagt, sie lasse die Angelegenheiten der Jugendlichen zu nahe an sich heran.

## 4 ZDPCS-Analyse

### 4.1 Aufbereitung des Traumberichts

Wie beschrieben wird der Traumbericht im Folgenden in die Gegenwartsform gebracht und von während der Erzählung angebrachten Ergänzungen usw. befreit. Damit wird eine Annäherung an den ursprünglich geträumten Traum angestrebt. Zum erleichterten Nachvollziehen dieses Arbeitsschritts werden diese Veränderungen farblich markiert.

*Ich war bin schwanger im Spital. Rede War mit Leuten am Reden und habe dann gemerkt bemerke, dass es losgeht. Bin im Gebärsaal. «Es geht ja eh lang», habe denke ich gedacht. Dann presse habe ich einmal gepresst, mega peinlich. Ich habe früher mal mit meiner Schwester über das Peinliche geredet und dann ist es voll passiert. Eine Schwester kommt in den Raum rein und putzt es weg. Sie sagt: «Easy, das passiert jedem.» Nach der Geburt stehe bin ich einfach aufgestanden und war bin irgendwie desinteressiert. Dann kommt die Schwester und fragt mich, ob ich das Kind nicht sehen will. Das Kind ist war körperlich voll behindert. Ich war bin total schockiert. Jemand zeigt mir dann ein Foto. Im Traum hab ich gedacht Ich denke, dass er ein Samenspender gewesen sein könnte. Irgendwie unklar. Da gab es keinen Vater. Die Schwester sagt, dass der Mann auf dem Foto vielleicht behindert sei. Der Mann auf dem Foto. Im Traum hab Ich nehme das Baby genommen und denke gedacht: «Oh, jetzt hab ich ein behindertes Kind.» Meine Familie war da.*



*Ich bin **gehe** zu **ihnen** **meiner Familie** **hingegangen** und alle **waren sind** schockiert. «Du kannst es zur Adoption freigeben.», **hat sagt** die Mutter **gesagt**, «Es ist halb so wild. Du kannst es ja auch weggeben.» Dann **haben wir**, **hat sie** **beginnt** **begonnen** **sie**, es zu organisieren.*

#### 4.2 Segmentierung, Codierung und Analyse des Traumberichts

Die Arbeitsschritte von Segmentierung, Codierung und Analyse werden hier aus Platzgründen in einem Zug dargestellt, wurden jedoch sequentiell erarbeitet. Viele der sehr technisch wirkenden Codierungen, welche aus Platzgründen hier nicht im Detail erläutert werden können, werden im Zuge der einzelnen Analyseschritte beschreibend aufgegriffen. Der detaillierten Betrachtung der 15 einzelnen Segmente des Traums (S1 bis S15) folgt eine kurze zusammenfassende Auswertung.

S1	Ich bin schwanger im Spital. Rede mit Leuten ...			
	<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>	
	SP ATTR bod glob	–	V.R. DIAL (empty)	
	PLACE <sub>1</sub> (Spital)			
	SOC SET			
	OP <sub>1</sub> ANON MULT (Leute)			

Das erste Segment setzt mit dem Attribut der Schwangerschaft des Traum-Ichs den Fokus für das Traumgeschehen und dessen Setting. Allenfalls liesse sich die Schwangerschaft auch als Zustandsaffekt verstehen, als Deponierung der komplexbezogenen Affekte im Positionsfeld. Der Traum beginnt sofort in einer verbalen Interaktion des Traum-Ichs, wobei sowohl Gesprächspartner als auch Gesprächsinhalt anonymisiert sind. Bereits im Traumbeginn lassen sich also sowohl Spuren des Involvementprinzips (frühe Interaktion mit Protagonisten) wie solche des Sicherheitsprinzips (Anonymisierungen, distanziertere (verbale) Interaktionsform) finden.

S2	... und bemerke, dass es losgeht.			
	<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>	
	SP	–	IR.S inn	

Die interaktive Ebene wird sofort verlassen, indem die Traumaktivität auf eine selbstrelationale Ebene wechselt (Fokus auf körperinnere Prozesse).

S3	Bin im Gebärsaal.			
	<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>	
	SP	–	–	
	PLACE <sub>1</sub> PART OF (Gebärsaal)			

Die Fortbewegung, welche der ersten von zwei Ortsveränderungen des Traum-Ichs zugrunde liegt, wird nicht selbst dargestellt, sondern hier nur in ihrem Ergebnis deutlich: das Traum-Ich befindet sich in einem neuen Setting. Diese Szene wird maximal undifferenziert beschrieben (es werden weder die Einrichtung noch etwaige Protagonisten erwähnt). Hier scheint das Sicherheitsprinzip eine Ausdifferenzierung zu verhindern.

/CP prosp/ «Es geht ja eh lang», denke ich.

Tatsächlich erfolgt sofort der erste Interrupt, die Traumorganisation verlässt das darstellende Medium des Traums und wechselt auf einen hohe Kontrolle implizierenden kognitiven Prozess. Offenbar ist das, was losgegangen ist, mit grossen Befürchtungen im Zusammenhang mit der Komplexaktivierung verbunden.

S4	Dann presse ich einmal, mega peinlich.			
	<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>	
	SP	–	IR.S func s.m	
	/EX AFF-R. EVAL ATTR SP/			

Im Zuge des zweiten Einsatzes einer Selbstrelation fällt die wiederholte Wahl dieser (Selbst-)Interaktionsform auf. Die Notwendigkeit des verstärkten Einsetzens solcher Selbstrelationen lässt auf Störungen der Selbstregulation schliessen. Der Vorgang schlägt insofern fehl, als er nicht zum beabsichtigten Ergebnis führt, sondern eine amorphe, undifferenzierte und abstossende Ausscheidung zutage fördert. Hier beginnt eine Externalisierung eines beschämenden Eigenprodukts oder Selbstanteils. Die folgende explizite affektive Reaktion (die erste von dreien) betont die hohe Bedeutsamkeit des Traumes und die Schwierigkeit seiner affektiven Regulierung.

<b>S5</b>	Eine Schwester kommt in den Raum rein und putzt es weg.		
<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>	
SP	–	IR.D DEL (AUX R	
PLACE <sub>1</sub> PART OF		MEANS,	
OP <sub>2</sub> attr soc (Schwester)		IR. C kin int (OP <sub>2</sub> -CEU <sub>1</sub> ))	
CEU <sub>1</sub> (Kot)			

Nach dieser peinlichen Fehlleistung begibt sich das Traum-Ich in eine passive Position, die es nur ein einziges Mal verlassen wird. Die Traumorganisation führt ein neues helfendes (Selbst-?) Objekt ein, welche das minderwertige Produkt für sie beseitigt. Der SP delegiert die Verantwortung, worin sich erneut eine dem Sicherheitssystem dienende Distanzierung erkennen lässt.

<b>S6</b>	Sie sagt: «Easy, das passiert jedem.»		
<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>	
SP	–	VR MESS	
OP <sub>2</sub> attr soc			

Zusätzlich wirkt die Schwester in verbal vermittelter Interaktion nun beruhigend auf das Traum-Ich ein, die Regulation des gekränkten Selbstsystems erfolgt also von aussen.

<b>S7</b>	Nach der Geburt stehe ich einfach auf und bin desinteressiert.		
<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>	
SP ATTR glob ment	–	IR.S pos	

Der Traumbericht lässt offen, ob die Geburt lediglich in der Erzählung ausgelassen wurde, oder ob sie im Traum übersprungen wurde und schlicht als implizites Wissen im siebten Segment enthalten ist. Auch ist aufgrund der zahlreichen Parallelen denkbar, dass S4 für die eigentliche Geburt steht. Jedenfalls ist eine erneute Selbstrelation zu beobachten, die Szene darüber hinaus von einer noch durch den Interessensabzug gesteigerten Objektlosigkeit geprägt. Hier gibt es nur noch das entleerte, unverbundene Traum-Ich (Dominanz des Sicherheitsprinzips).

<b>S8</b>	Dann kommt die Schwester und fragt mich, ob ich das Kind nicht sehen will.		
<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>	
SP	–	VR MESS init OP	
OP <sub>2</sub> attr soc			

Hat die Schwester zunächst geholfen, das Unerträgliche loszuwerden, wird hier sein "Reentry" initiiert. Sie bietet an, das Traum-Ich wieder in Kontakt mit dem verpönten Selbstanteil zu bringen: ein erneuter Versuch der Annäherung an den Traumkomplex (Involvementprinzip). Auch diese Interaktion erfolgt verbal-distanziert.

<b>S9</b>	Das Kind ist körperlich voll behindert. Ich bin total schockiert.		
<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>	
SP	–	–	
OP3 (Baby) ATTR def			
/EX AFF-R. EVAL ATTR SP/			

Segment 9 beschreibt die zweite Konfrontation mit der Unvollkommenheit des Eigenprodukts/Selbstanteils. Der (in S13 wiederholte) resultierende Schockaffekt ist die einzige explizite affektive Qualität des Traumgeschehens. Die Intensität des Traumbildes und der affektiven Reaktion verdeutlichen die grosse Nähe zum zentralen Traumkomplex.

<b>S10</b>	Jemand zeigt mir dann ein Foto.		
<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>	
SP	–	IR.D SC dean ((OP5))	
OP <sub>4</sub> ANON			
CEU <sub>3</sub> (Foto)			

Dies macht das Eingreifen der Abwehr notwendig. Diese verschiebt das bedrohliche Thema weg vom Kind auf eine andere Person, welche nur in extrem distanzierter Darstellung, nämlich leblos und klein auf einem Foto, möglich ist. Zusätzlich ist der OP erneut anonymisiert.

/CP retro/ Ich denke, dass er ein Samenspender gewesen sein könnte.

Selbst diese Intervention kann das Sicherheitsprinzip offenbar nicht garantieren, so dass erneut ein Interrupt in Form eines kognitiven Prozesses erfolgt. Der Inhalt dieses Prozesses lässt eine zusätzliche Anonymisierung erkennen.

S11	Die Schwester sagt, dass der Mann auf dem Foto vielleicht behindert sei.		
	<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>
	SP	–	VR OP2 ->SP (((OP5
	OP2 attr soc		ATTR bod glob)))
	OP5 Mann ass		

Erneut springt die Schwester zu Hilfe, erneut in verbalisierter Form. Sie deutet eine Lösung des Dilemmas an, welche eine erneute Externalisierung des Unerträglichen erlaubt.

S12	Ich nehme das Baby ...		
	<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>
	SP	–	IR.C resp bod subject
	OP <sub>3</sub>		feeling

Diese projektive Verschiebung/Externalisierung des Unerträglichen macht nun eine erste Zuwendung zum behinderten Baby möglich. Die direkte körperliche Interaktion zwischen Mutter und Baby verdeutlicht, dass hier das Maximum der in diesem Traum möglichen Komplexbearbeitung erreicht ist.

/CP retro/ ... und denke: «Oh, jetzt hab ich ein behindertes Kind.»

Diese erscheint aber auch bereits überschritten, wie der dritte Interrupt deutlich macht.

S13	Ich gehe zu meiner Familie und alle sind schockiert.		
	<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>
	SP	LTM i. SPt ->	–
	OP <sub>3</sub>		
	OP <sub>6</sub> (G) BEK		
	/EX AFF R ATTR (OP)/		

Die einzige dargestellte zwei Szenen miteinander verbindende Fortbewegung des Traum-Ichs führt in Form der eigenen Familie eine neue Protagonistengruppe ein. Der Schockaffekt wird auf die Familie verschoben, von dieser objektiviert, das Entsetzen über die misslungene Produktion des Traum-Ichs (oder seinen darin externalisierten Selbstanteil) bestärkt.

S14	«Du kannst es zur Adoption freigeben», sagt die Mutter. «Es ist halb so wild. Du kannst es ja auch weggeben.»		
	<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>
	SP	–	VR. MESS init IR.C diss
	OP <sub>3</sub>		
	OP <sub>7</sub> (Mutter) BEK		

In funktionaler Identität mit der Schwester initiiert diesmal die Mutter verbal die Entfernung des Unerträglichen, wirkt sowohl regulierend-beruhigend wie steuernd auf das Traum-Ich ein.

S15	Dann beginnt sie, es zu organisieren.		
	<b>POS</b>	<b>LTM</b>	<b>IAF</b>
	SP	–	IR.D DEL (IR.C diss
	OP <sub>3</sub>		(SP-OP <sub>3</sub> ))
	OP <sub>7</sub>		

Während das Traum-Ich endgültig in Passivität verharrt (nur der erste unterbrochene Ansatz im originalen Traumtext erwägt noch die Möglichkeit einer Handlungspartizipation: «Dann haben wir, hat sie begonnen...») leitet die Mutter die Entsorgung des unerträglichen Produkts/Anteils ein.

Zusammenfassend lässt sich der Traum als Abbild einer misslingenden narzisstischen Selbstregulation verstehen. In seinem Verlauf beobachten wir die Externalisierung, Wiederannäherung, und erneute Distanzierung von einem disqualifizierenden Selbstanteil. Dabei dominieren die Passivität des Traum-Ichs (Verschiebungsrelationen) und verbale Relationen im Dienste der Distanzierung/Abwehr. Das Traum-Ich scheint auf Initiativen und regulierende Interventionen von aussen angewiesen. Dennoch wird ein ausdauernder, intensiver Versuch der Annäherung an den um die verleugnete eigene Mangelhaftigkeit organisierten Komplex deutlich. So lässt sich die Abfolge der Segmente 6–12 als schrittweise Annäherung an diesen lesen.

#### 4.3 Rückmeldung der Therapeutin zur ZDPCS-Analyse

Die Traumerzählung beginnt unmittelbar mit der Formulierung des Traum-Ichs «Ich bin schwanger im Spital». Mit dem Hinweis aus der ZDPCS-Analyse, dass mit diesem Attribut der Schwangerschaft ein «komplexbezogener Affekt im Positionsfeld» des Traums deponiert wird (S1), bin ich einverstanden. Dieser bezieht sich meines Erachtens auf jene, aus dem Therapieverlauf bekannten traumatischen Erfahrungen. Mittels einer jähren Konfrontation markieren sie den Start in die Traumerzählung. Dass dabei die individuellen Bedürfnisse nach Sicherheit und Distanz zu kurz kommen – und über andere Wege reinstalled werden müssen (vgl. S1, «Anonymisierung», «distanzierte verbale Interaktionsform») – passt gut zur träumenden Person. Die therapeutische Arbeit war v. a. zu Beginn ein delikater Balanceakt zwischen «Involvement» sowie Abstand und «Sicherheit». Die grosse Befürchtung vor einer Komplexaktivierung ist aufgrund der damit zusammenhängenden traumatischen Aspekten in der Biographie nachvollziehbar.

Die Ergebnisse der Traumcodierung nach Moser und von Zeppelin verweisen auf einen verstärkten Einsatz von «Selbstrelationen» bei der träumenden Person. Eine «Störung der Selbstregulation», v. a. der affektiven Regulierung wird vermutet (S4). Diese «Störung» ist nicht permanent vorhanden, sie bezieht sich meiner Meinung nach ausschliesslich auf zwei Aspekte der Verarbeitung von inneren psychischen Vorgängen sowie Erlebtem: a) die am eigenen Körper erfahrenen traumatisierenden Erfahrung im Rahmen der Herz-Operation; b) die Traumata, die der Mutter widerfahren sind und von denen die träumende Person Kenntnis hat, als emotionale Belastung. In beiden Fällen muss etwas Beschämendes, da Traumatisches, externalisiert werden. So kann die Tätowierung als nach aussen sichtbares Zeichen der Externalisierung und somit als Teil der Verarbeitung betrachtet werden. Zur weiteren affektiven Regulierung dieser Problematik wird tatsächlich die Hilfe von aussen benötigt: z. B. im Rahmen der Therapie (vgl. S5, «helfendes Objekt»); oder durch wiederholtes Etablieren einer inneren (vgl. S3, «maximal undifferenzierte Art und Weise der Beschreibung») und äusseren Distanz. So ist die Träumerin früh von zu Hause ausgezogen.

Die «passive Position» als auch die «Delegation von Verantwortung» (S5) stehen meiner Meinung nach im Dienst der «Distanz-Regulierung», v. a., da etwas Abstossendes, Peinliches und Belastendes ausgeschieden werden muss (a und b). Dass die Geburt «nur im impliziten Wissen» enthalten ist (S7), somit vorausgesetzt wird, hinterlässt bei mir den Eindruck, dass die träumende Person niemanden am wesentlichen Vorgang teilhaben lassen will. Sie inszeniert ein «unverbundenes

Traum-Ich» um zu zeigen, dass da nichts sei und ein Darüber-reden sich erübrigt habe. Auch dieser Vorgang ermöglicht Distanz und somit Sicherheit.

Bereits in der Therapie-Stunde mit der Traumerzählung hat die träumende Person auf die Intensität (S9) und Bedeutung des Traums hingewiesen. Dieser hat einen nachhaltigen, auch emotionalen Eindruck hinterlassen. Sie wollte ihn mir unbedingt erzählen. Zu diesem Zeitpunkt waren mehrere nahe Bezugspersonen schwanger (u. a. die eigene Schwester). Sie sah sich fast täglich mit dem Thema – welches sie bereits in der Kindheit fasziniert hatte – konfrontiert. In ihren Reflexionen tauchte der von der Herz-Erkrankung belastete Körper auf: «Die Schwester mit ihren Schwangerschafts-Beschwerden... Wie würde sich das auf mich auswirken?» Oder sie stellte sich die Frage: «Will ich überhaupt ein Kind? Ich kann mir das gar nicht vorstellen.»

Die erlebte «Mangelhaftigkeit» (vgl. S9, «Unvollkommenheit des Eigenprodukts») muss zunächst verleugnet werden; was sich z. B. in der Verleugnung der relativ häufig wiederkehrenden Herzbeutel-Entzündungen zeigt. Dies entspricht einer von aussen fassbaren sowie kommunizierbaren Mangelhaftigkeit (das «defekte Herz», der mangelhafte Körper). Gibt es auch eine erlebte innere Mangelhaftigkeit? Wenn man sie als solches bezeichnen kann, ist sie auf jeden Fall schwieriger zu fassen. Möglicherweise geht es hier um die Frage der transgenerationalen Weitergabe von Traumata, bzw. deren Verarbeitung durch die zweite Generation. Im Traum stellt sich die Frage der «Entsorgung» (S15) und somit Verarbeitung ganz konkret. Den Job übernimmt letztendlich die Mutter (Verschiebung?), die träumende Person ist zu «passiv». Ich sehe nicht, dass sich hier eine «misslingende narzisstische Selbstregulation» zeigt, wie in der Traumcodierung nach Moser und von Zeppelin zusammengefasst wird. Die Träumerin präsentiert zwar eine auf das Wesentliche reduzierte Version einer Visualisierung ihres «komplexbeladenen Affekts», was diesen unglaublich düsteren Effekt verstärkt. Letztendlich hat die träumende Person in der Vergangenheit verschiedentlich die «Konfrontation» mit der Geschichte der Mutter gesucht und eine gute Wiederannäherung gefunden. Genauso sind die Tätowierungen nach aussen getragene Zeugnisse einer produktiven Auseinandersetzung mit dem «Unheimlichen».

## 5 Zuvor verfasste Fallvignette (Katrin Herot)

### 5.1 Anlass der Behandlung

Die Patientin meldet sich im September 2015 per Mail bei mir. Frau L. nennt in der E-Mail folgende Beweggründe: «Aufarbeitung von Beziehungsabbrüchen, Akzeptanz meiner eigenen Person, Abgrenzung im Berufsalltag als Sozialarbeiterin.»

Eine zum Zeitpunkt der Anmeldung akute Situation mit einem schwierigen und gewaltbereiten Jugendlichen (vermutlich psychotisch) am Arbeitsplatz ist letztendlich der Anlass für die Aufnahme einer Psychotherapie.

*Setting:* 1x/Woche psychoanalytische PT im Sitzen; Behandlungsbeginn Ende Oktober 2015.

### 5.2 Kurzanamnese

Frau L. ist als jüngere von zwei Schwestern in der Schweiz geboren und aufgewachsen. Trennung der Eltern im zwölften Lebensjahr der Patientin. Der Vater verliess die Familie und baute sich mit einer neuen Lebensgefährtin eine Existenz im Ausland auf. Frau L. sagt, dass er «schonungslos sein Ding durchgezogen habe». Seit ein paar Jahren lebt er wieder in der Schweiz. Von der Mutter sind anamnestisch schwere Traumatisierungen aus Kindheit/Jugend sowie dem frühen Erwachsenenalter bekannt (sexueller Missbrauch). Die Beziehung der Patientin zu einem gleichaltrigen Mann zwischen dem 15. und dem 20. Lebensjahr hatte etwas Traumatisches an sich, da grenzüberschreitend und symbiotisch. In den letzten zehn Jahren ging sie keine längerdauernde Beziehung mehr ein.

Ein Jahr nach Abschluss einer Lehre im Kunsthandwerk musste sich Frau L. fast notfallmässig einen Herzschrittmacher einsetzen lassen (Fehlfunktion Sinusknoten, Herzkammerflimmern). Diese OP stellte einen markanten und schwierigen Einschnitt für sie dar. Seither zeigen sich wiederholt gesundheitliche Beschwerden mit Herzbeutel-Entzündungen sowie leicht reduzierter Belastbarkeit. Mit ca. 27 hat sich Frau L. für einen Berufswechsel entschieden: seit Abschluss einer Zweitausbildung vor zwei Jahren arbeitet sie als Sozialarbeiterin mit Jugendlichen.

### 5.3 Zusammenfassung Behandlungsverlauf

Es zeigte sich schnell eine deutliche Verbesserung der initialen Beschwerden wie Schlaflosigkeit und den Gefühlen totaler Überforderung. Sie konnte einfach mal «abladen». Häufig thematisierte sie ihre Schwierigkeiten am Arbeitsplatz: als ob sie sich Rat und emotionalen Rückhalt zu holen versuchte. Gleichzeitig fiel ihr das Sich-Einlassen auf die Therapie schwer. Nach Rückkehr aus dem Weihnachtsurlaub sagte sie, dass sie ja wieder aufhören könne, nachdem sich ihr Zustand verbessert habe. Sie sagte aber auch, dass sie rational wisse, dass es keine gute Idee sei, aufzuhören, zumal im Job im neuen Jahr neue Belastungen auf sie zukommen werden. Oft thematisierte sie ihre Beziehung zu den Eltern und die sich abzeichnende Abgrenzung vom idealisierten Vater. Zunehmend konnte sie ihren Ärger über sein «Verschwinden» damals artikulieren und dass sie auch heute seine Art und

Weise, sich in Beziehungen durchzusetzen, bemängle. In der Therapie wirkte sie oft «abgegrenzt» sowie emotional etwas unbeteiligt, benutzte oft das Wort «easy» und betonte, dass ja alles eh nicht so schwierig sei. In dieser Art und Weise berichtete sie vor über einem Monat erstmals vertieft über ihre Herz-OP und deren Folgen. Kurze Zeit später konnte Frau L. wegen einer akuten Herzbeutel-Entzündung nicht arbeiten. Sie wirkte belastet und nachdenklich, nach aussen nach wie vor bagatelisierend. Sie begann zögerlich von ihrer Faszination für künstliche Körperteile zu berichten. Ich sagte: «Wie ein Cyborg.» Sie bejahte sofort und erzählte ausführlich, dass ein Arm komplett tätowiert sei und aussehe wie ein Roboterarm. Kurz darauf hatte sie den «Geburtstraum».

## 6 Vergleich der beiden Ansätze und ihrer Ergebnisse

Obwohl beide Gruppen vom exakt gleichen Material ausgehen, sind zwei Unterschiede in Bezug auf die Ausgangsbasis festzuhalten. Zum einen wurde der Traumbericht einmal mündlich (Morgenthaler-Seminar) und einmal schriftlich (ZDPCS-Arbeitsgruppe) präsentiert. Dies mag ein Grund sein, warum es nur in der erstgenannten Gruppe zu Unklarheiten in Bezug auf den peinlichen Stuhlgang der Patientin kam. Allerdings erwägt auch die ZCPCS-Gruppe eine Parallele zwischen Stuhlgang und Geburt (vgl. Erläuterung zu S7). Sehr wesentlich ist der zweite Unterschied: mit dem ZDPCS versucht man, den geträumten Traum zu rekonstruieren und arbeitet ausschliesslich mit diesem. Das Seminar arbeitet dagegen mit dem unveränderten, erzählten Traum. Dadurch bleiben zum Beispiel Ausschmückungen bei der Traumerzählung erhalten, die als Bestandteile des Traums aufgefasst werden.

Beide Gruppen beobachten strukturelle Besonderheiten des Traummaterials. Die Seminargruppe schliesst aus dem gehäuften Vorkommen von Denkleistungen und direkter Rede auf einen traumatischen Hintergrund. Die ZDPCS-Gruppe erkennt hierin das Wirken eines Distanzierungsversuchs/Abwehrprozesses. Eine Aussage, ob dem Traum ein auf einem Konflikt oder auf einem Trauma beruhender Komplex zugrunde liegt, findet sich in ihrer Dokumentation nicht. In Bezug auf den Samenspender stellt ein Mitglied des Traumseminars «etwas Abstraktes» fest, auch das Verschwimmen der Zuordnung von Namengebungen wird benannt in Folge unklarer Personenbeschreibungen. Dies wird von der Traumcodierung im ZDPCS als Anonymisierung im Sinne des Sicherheitsprinzips/der Abwehr notiert. Während das ZDPCS das permanente Ringen von Involvement- und Sicherheitsprinzip minutiös über den ganzen Traumverlauf nachweist, gelangt das Traumseminar

eher mittels intuitiver Bewertung der Wirkung der Traumerzählung zu einer ähnlichen Feststellung, dass der Traum kontrolliert wirkt.

Solche globalen Einschätzungen der Wirkung des Traums auf die Gegenübertragung nehmen in der Arbeit des Traumseminars einen wichtigen Platz ein. Der Traum wirke mangels Dynamik langweilig, wie eine reale Geschichte oder konkret wie ein Film, aufgrund der abgespaltenen Affekte der Träumerin löse er eine grauenhafte Gegenübertragung aus. Hierin ist ein Unterschied der beiden Ansätze zu erkennen; durch das ZDPCS versucht man, auf dieses Instrument der Globaleinschätzung so weit wie möglich zu verzichten und die Detailbeobachtungen erst nachträglich im Sinne eines codierungs-geleiteten bottom-up-Prozesses zu einem Gesamteindruck zusammenzusetzen.

Weitere Unterschiede auf technischer Ebene sind der Wert, den das Traumseminar Assoziationen und Spekulationen zumisst. Begründungen für die subjektiven Einfälle der TeilnehmerInnen sind dabei nicht immer sichtbar. Dies macht Sinn, weil davon ausgegangen wird, dass diese unmittelbar die Dynamik des Zweipersonenprozesses zwischen Träumerin und Therapeutin widerspiegeln. Solche Fantasien reichen von Gefühlen der Träumerin beim Aufwachen über die Beziehung zu ihrer Mutter bis hin zu Gedankenketten von Autorenschaft über Schuld zu unbefleckter Empfängnis. (Weitere Beispiele wären Geburt als Analyse, Kind als Veränderungsprozess, der Aspekt der Körperlichkeit, die Art, wie über die Geburt gesprochen wird [wie ein Mann], die Doppeldeutigkeit des Inhalts einer direkten Rede). Auch fällt auf, dass die TeilnehmerInnen des Morgenthaler-Seminars früh beginnen, Hypothesen über die Träumerin zu bilden. Sie wird als junge Frau, «die nicht so viele Ich-Möglichkeiten hat» oder als nicht vorstellbar beschrieben. Mit dem ZDPCS wird hier deutlich unterschieden, indem es sich so eng wie möglich an das Traummaterial hält. Auch die Reflexion des eigenen Prozesses (Ralf B: «man fantasiert») spielt beim ZDPCS keine Rolle. Tatsächlich war jedoch der Diskussionsprozess der ZDPCS-Gruppe immer wieder auch von vergleichbaren Spekulationen geprägt (bspw.: «es geht los» als «der Traum geht los»), jedoch bemühte sich die Gruppe immer wieder um Methodentreue und klammerte solche Aspekte von ihrer Arbeit aus.

Beide Ansätze greifen in ihrer Arbeit auf Axiome oder Postulate zurück. So gilt dem Morgenthaler-Seminar Absurdität im Traum gemäss Freud als Spott (auch wenn dies hier nicht zu Ende formuliert wird), so wie das wiederholte Verwenden von Selbstinteraktionen für die ZDPCS-Gruppe Störungen der Selbstregulation impliziert. Obwohl beim ZDPCS vorgegeben ist, Inhalte nicht zu fokussieren, berücksichtigt die Herausarbeitung der misslingenden narzissti-

schen Selbstregulation offensichtlich dennoch inhaltliche Aspekte (Kot/behinderetes Kind als unerträglicher Selbstanteil usw.). Es wird insgesamt jedoch deutlich, dass das Morgenthaler-Seminar viel weniger restriktiv arbeitet, sowohl in der Wahl des zu berücksichtigenden Materials, als auch in der Breite der angewendeten Techniken. Weitere Beispiel für letzteres sind das Durchspielen der Gleichsetzung von Traum und Geburt als auch die Umkehrung des Inhalts (negatives Produkt), um eine Lösung von der Suggestion des manifesten Traums zu ermöglichen. Der Unterschied zwischen beiden Ansätzen lässt sich sehr prägnant am Beispiel des berichteten Gedankens der Träumerin veranschaulichen: «Es geht ja eh lang, habe ich gedacht.» Das Traumseminar interpretiert diesen Gedanken im Sinn von Freuds (1900) Auffassung über Denken und Urteilen im Traum:

*Alles, was sich als scheinbare Betätigung der Urteilsfunktion in den Träumen vorfindet, ist nicht etwa als Denkleistung der Traumarbeit aufzufassen, sondern gehört dem Material der Traumgedanken an und ist von dorthin als fertiges Gebilde in den manifesten Trauminhalt gelangt. (Freud, 1900, S.447)*

Der formale Aspekt, dass es ein Gedanke ist, wird deshalb mit dem latenten Traumgedanken und der Wunscherfüllung in Verbindung gebracht. Inhaltlich wird das «Es» vom Geburtsvorgang auf die Therapiedauer oder auf einen befürchteten verfrühten Zeitpunkt für die Bearbeitung traumatischen Materials verschoben. Auch beim ZDPCS werden formale Aspekte fokussiert, doch der Inhalt des Gedankens wird aussen vorgelesen. Die kognitive Ebene des Denkens erlaubt demnach mehr Kontrolle über und Distanz zu den bedrohlichen affektiven Themen des Komplexes, woraus zu schliessen ist, dass das zuvor dargestellte (anstatt bloss gedachte) Traumgeschehen eine nicht mehr tolerierbare Annäherung an diesen enthielt. Insofern ist das Resultat letztlich das gleiche wie beim Traumseminar.

Sehr interessant ist es also, dass trotz aller Unterschiede viele vergleichbare Aspekte fokussiert werden, wenn auch unterschiedlich erfasst. So arbeitet die Seminargruppe eine Verschiebung von Autorenschaft, Schuld und Kontrolle heraus. Die ZDPCS-Gruppe belegt Prozesse der Externalisierung, Distanzierung, dominierende Passivität des Traum-Ichs und Verschiebungsrelationen. Die erste Gruppe beobachtet einen fremdgesteuerten Wechsel von Spannung und Entspannung, die zweite spricht von der Angewiesenheit des Traum-Ichs auf Initiativen und regulierende Interventionen von aussen. Um das Thema des Misserfolgs kommt ebenfalls keine der beiden Gruppen herum.

Dass die Zusammenfassung der Traumtendenz in der ZDPCS-Gruppe expliziter ausgearbeitet ist als in der Seminar-Gruppe, liegt natürlich daran, dass es sich hier um einen längeren, iterativen und zum Teil schriftlich erfolgten Austauschprozess und nicht um eine einmalige spontane Diskussion handelt. Die Seminar-Gruppe formuliert Überlegungen, die einen Appell an die Analytikerin beinhalten, welcher ein bestimmtes Klima in der Analyse schaffen soll. Traumatisches Material könnte zu schnell herauskommen, auch wenn die Möglichkeit der Traumaezählung als positiv bewertet wird. Die Angst vor Intrusionen erzeugt also Widerstand, die Träumerin muss entweder den Prozess entwerten oder sich von ihm unberührt zeigen, wobei auch die Schlafhüterfunktion berücksichtigt wird.

Die ZDPCS-Gruppe beschränkt sich darauf, mit ihrer Zusammenfassung die Traumtendenz im Sinne eines Grundrisses zu entwerfen, in welchem die biographischen Daten einschliesslich des aktuellen therapeutischen Prozesses der Träumerin erst noch wie Möbel eingeräumt werden müssen. Spekulationen über diese Aspekte liegen ausserhalb der Methode selbst.

In Bezug auf eine Validierung der beiden Arbeitsprozesse durch die Rückmeldungen der Therapeutin sollten bei all dem folgende methodische Aspekte mitbedacht werden. Einerseits war die Therapeutin eine – wenn auch in dieser Sitzung passive – Teilnehmerin des Traumseminars, kommentiert hier also nicht nur das Ergebnis des Gruppenprozesses, sondern erlebte diesen mit. Eine spannende Ergänzung zu ihren Stellungnahmen wären andererseits sicherlich die Assoziationen zum Traum durch die Patientin selbst.

## 7 Fazit

Mit grosser Spontaneität nutzt das Traumseminar alle dem Gruppenprozess zur Verfügung stehenden Mittel sowie anerkanntes Erfahrungswissen, um Hypothesen über die Traumfunktion zu entwerfen. Dabei werden sowohl intrapsychische Voraussetzungen der Träumerin als auch die therapeutische Zweipersonenpsychologie adressiert. Ein zentraler Aspekt des Traumseminars, der beim ZDPCS keine Rolle spielt, ist die Betrachtung des Traums als Mitteilung an die Therapeutin (*erzählter* Traum [Traumseminar] vs. *geträumter* Traum [ZDPCS]) sowie die Nutzung des assoziativen Gruppenprozesses als Spiegel von Therapiebeziehung und -prozess. Mittels des ZDPCS wird dagegen versucht, den postulierten Problemlöseprozess möglichst eng und detailliert am verfügbaren Traummaterial entlang zu rekonstruieren. Auch wenn die Ergebnisse beider Ansätze immer wieder Schnittmengen bilden, so bleiben Zielsetzung wie methodisches Vorgehen doch grundverschieden. Während der ZDPCS-Prozess deut-

lich macht, wie viel Information im Traumbericht selbst enthalten ist, und wie intensiv man sich diesem widmen kann, eröffnet das Morgenthaler-Seminar den gesamten Horizont der klinischen Trauminterpretation. So wird einerseits der Wert eines wissenschaftlich-empirischen, ausschliesslich beim beobachteten Material verweilenden Ansatzes deutlich. Auf der anderen Seite beeindruckt die Vielzahl der vom Resonanzkörper der Seminargruppe erfassten Themen. Gerade der von Morgenthaler betonte Aspekt des Apells an die Analytikerin ist ein aus klinischer Perspektive bedeutsamer Beitrag.

Die Frage nach der konkreten Kombinierbarkeit beider Verfahren lässt sich hier nur hypothetisch beantworten – die Art der Beeinflussung der Arbeit eines Traumseminars durch den Input einer ZDPCS-Analyse könnte von der Störung des unbewussten Gruppenprozesses bis hin zur Erschliessung sonst leicht übersehener Informationen reichen. Bedenkt man, wie sehr Morgenthaler die Priorisierung formaler Aspekte betonte, dann lässt sich jedoch vermuten, dass ein solcherart auf formale Parameter fokussierter Ansatz wie das ZDPCS eine gewinnbringende Basis zur Entwicklung jeglicher Trauminterpretation sein könnte.

## Literatur

- Anstadt, T. (2016). Das Traumgenerierungsmodell von Ulrich Moser und die Codierung von Traumprozessen. *Forum der Psychoanalyse* 32 (3), 245–266.
- Döll-Hentschker, S. & Scheiber, J. (2013). *Manual zur Traumkodierung nach Moser & von Zeppelin*. Unveröffentlichtes Manuskript, Frankfurt a. M.
- Döll-Hentschker, S. (2008). *Die Veränderung von Träumen in psychoanalytischen Behandlungen. Affekttheorie, Affektregulierung und Traumkodierung*. Frankfurt. a. M.: Brandes & Apsel.
- Fischmann, T., Russ, M., Baehr, T., Stirn, A. & Leuzinger-Bohleber, M. (2012). Changes in Dreams of Chronic Depressed Patients the Frankfurt fMRI/EEG Study (FRED). In P. Fonagy, H. Kächele, M. Leuzinger-Bohleber & D. Taylor (eds.), *The Significance of Dreams. Bridging Clinical and Extraclinical Research in Psychoanalysis* (S. 159–184). London: Karnac.
- Fischmann, T., Schött, M., Rachel, P., Pohl, J., Schmidt, A.-C. & Leuzinger-Bohleber, M. (unpubliziert). *Manual zur Traumkodierung der Frankfurter ZDPCS Arbeitsgruppe*.
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung. GW II/III*.
- Moser U., & von Zeppelin, I. (1996). *Der geträumte Traum*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Varvin, S., Fischmann, T., Jovic, V., Rosenbaum, B. & Hau, S. (2012). Traumatic Dreams: Symbolisation Gone Astray. In P. Fonagy, H. Kächele, M. Leuzinger-

Bohleber & D. Taylor (Hg), *The Significance of Dreams. Bridging Clinical and Extraclinical Research in Psychoanalysis* (S. 185-214). London: Karnac.

Wittmann, L., Zander, J. & Dale, A. L. (2016). Das Traumgenerierungsmodell von Ulrich Moser und Ilka von Zeppelin, *Forum der Psychoanalyse* 32, 39–51.

### Anmerkungen

1 Wir danken den Teilnehmerinnen des Traumseminars für ihre engagierte Mitarbeit und für die Erlaubnis, bei der Wiedergabe des Protokolls ihre Vornamen benützen zu dürfen. Das erleichtert die Lesbarkeit. Initialen des Geschlechtsnamens sind bei Teilnehmern mit speziellen Funktionen eingefügt sowie bei Regula W., um sie von Regula zu unterscheiden. Beachte die Unterscheidung zwischen *Michael* und *Michel*.

### Angaben zu den Autorinnen und Autoren

*Lutz Wittmann*, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., International Psychoanalytic University Berlin, Leiter der Hochschulambulanz und Professor für psychodynamische Psychotherapie und Psychotherapieforschung an der IPU Berlin. Forschungsschwerpunkte in den Bereichen Psychotraumatologie sowie der Psychotherapie- und Traumforschung.

*Thomas Anstadt*, Dipl.-Psych. Niedergelassen als Psychoanalytiker (DPG, IPA, DGPT) in eigener Praxis, Dozent am Saarländischen Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (SIPP), Supervisor und Lehranalytiker (DPG). Veröffentlichungen zur Psychotherapie- und Affektforschung und zum Traum.

*Tamara Fischmann*, Prof. Dr. rer. med. Dipl.-Psych., International Psychoanalytic University Berlin, Professorin für klinische Psychoanalyse an der IPU Berlin. Forschungsschwerpunkte in den Bereichen Neuro-Psychoanalyse, Traumforschung und Frühprävention.

*Stephan Hau*, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., Department of Psychology, Stockholm University, Professor für Klinische Psychologie am Fachbereich Psychologie der Universität Stockholm. Forschungsschwerpunkte: Traumforschung, Psychotherapieforschung sowie Ausbildungsforschung.

*Simon Kempe*, BA, Student im Masterstudiengang Psychologie an der International Psychoanalytic University Berlin.

*Katrin Herot*, lic.phil., Abschluss des Master of Advanced Studies in Psychoanalytic Psychotherapy an der Universität Zürich. Seit 2010 in eigener psychoanalytischer Praxis.

*Ralf Binswanger*, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytiker PSZ in freier Praxis. Sein psychoanalytischer Arbeitsschwerpunkt liegt in der Interpretation und eigenständigen Weiterführung der wissenschaftli-

chen Hinterlassenschaft von Fritz Morgenthaler in den Bereichen Dialektik, Theorie der Technik, Traum und Sexualität.