

Von der Psychiatrie zur Psychoanalyse oder: die Wiederentdeckung Winnicotts*

Rudolf Heltzel

Diese Arbeit berichtet über eine psychoanalytische Psychotherapie, die ich vor fast zwei Jahrzehnten als Psychiater im Sozialpsychiatrischen Dienst (SPsD) und Ausbildungskandidat am psychoanalytischen Institut begann und etwa sechs Jahre später als Psychoanalytiker in freier Praxis vorübergehend abschloß (der Patient meldete sich einige Jahre später noch einmal bei mir). Sowohl Herr U. als auch ich beschritten also in unserer Zusammenarbeit den Weg von der Psychiatrie zur Psychoanalyse, was natürlich nicht nur einen Wechsel des Arbeitsortes, sondern auch einen inneren Entwicklungsprozeß implizierte, den ich in Bezug auf seine Behandlung in den wichtigsten Etappen wiederzugeben versuche.

Bevor ich dies tue (wozu mir der Patient die Erlaubnis gab), erinnere ich cursorisch an einige Gedankengänge Winnicotts, da mir dessen Sichtweisen bei dem Versuch, diese Therapie **nachträglich** zu verstehen, sehr hilfreich waren. Wie andere Vorbilder war mir Winnicott ein hilfreicher Begleiter während meiner Sozialisation zum Psychoanalytiker. Ich kannte seine zentrale Arbeiten, hatte sie aber keineswegs als bewußte Orientierung im Sinn, als ich Herrn U. behandelte, und auch mein Supervisor führte Winnicott nicht explizit in unsere Zusammenarbeit ein. So war ich schließlich überrascht davon, wie viel von Winnicotts Denken ich in meiner Arbeit wiederentdeckte: Einiges, was mir während der Therapie mit Herrn U. als eigene Entdeckung erschien, hatte Winnicott ausführlich beschrieben. So verhalf mir die Zusammenarbeit mit Herrn U. auch dazu Winnicott zu verstehen. Am treffendsten kann ich es mit den Worten seines Schülers ausdrücken: „Nur das Genie findet, was es nicht sucht, wir übrigen müssen uns damit zufrieden geben, das Entdeckte für uns wiederzuentdecken.“ (Khan 1983, S. 12)

Winnicotts Konzepte der antisozialen Tendenz und der Charakterstörung

Bekanntlich setzte sich Winnicott für Modifikationen der Analyse ein, ohne sich in seiner Identität als Psychoanalytiker bedroht zu fühlen – etwa indem er (ohne Psychoanalyse zu praktizieren) "als Psychoanalytiker arbeitete" (Winnicott, D. W. 1984, S. 220). So war er besonders interessiert an den **Anwendungen** psychoanalytischen Wissens in verwandten oder angrenzenden Arbeitsbereichen, und er engagierte sich intensiv in der Kinderheilkunde, der Krankenpflege, der

Erziehungsberatung, der Sozialarbeit, dem Strafvollzug, der Heimerziehung, der Psychiatrie u. a. Bereichen. Sein **Konzept der antisozialen Tendenz** ist eines der theoretischen und behandlungstechnischen Modelle, die sich für ihn aus diesem vielschichtigen Engagement ergaben. Ich beziehe mich im folgenden auf dieses Konzept, das im engen Zusammenhang mit dem **Konzept der Charakterstörung** und dem **Konzept des falschen Selbst** steht.

"Wenn man von jemandem sagt, er habe eine antisoziale Tendenz, **ist das keine Diagnose**(...) Die antisoziale Tendenz findet sich ebenso bei einem normalen Individuum wie bei einem Neurotiker oder Psychotiker" (Winnicott, D. W. 1983, S. 233). Kinder mit antisozialer Tendenz gelten gemeinhin als unangepaßt oder dissozial, sie erscheinen schwer erziehbar, verwahrlost oder delinquent. Oder sie fallen, wie Heranwachsende mit antisozialer Tendenz, durch Stehlen, Destruktivität oder Weglaufen auf. Immer ist die antisoziale Tendenz mit **Agieren** verbunden, "(...) **durch das die Umwelt gezwungen wird, in irgendeiner Weise Stellung zu nehmen**. Aufgrund eines unbewußten Drangs zwingt der Patient jemanden, sich um ihn zu kümmern. Der Therapeut hat die Aufgabe, auf diesen unbewußten Drang des Patienten einzugehen, und die Arbeit geht mit Hilfe von Lenkung, Toleranz und Verständnis vor sich. **Die antisoziale Tendenz ist ein Hinweis auf Hoffnung.**" (Winnicott, D. W. 1983, S. 234).

Was ist mit dieser letzten Aussage gemeint? - Winnicott betrachtete Patienten mit antisozialer Tendenz als Kinder, die eine echte **Deprivation**, d. h. den Verlust von etwas Gutem, das ursprünglich vorhanden war, erlitten haben (Winnicott, D. W. 1983, S. 241). Sie leben daher in dem berechtigten Gefühl, das die Umwelt ihnen etwas schuldet (Winnicott, D. W. 1984, S. 175) und suchen, solange Hoffnung auf Reparation da ist, ständig nach Heilung durch Umweltmaßnahmen, die sie jedoch – das ist ihre Tragik – nicht für sich nutzen können (Khan, M. 1982, S. 237). Die antisoziale Tendenz hat engen Bezug zum **Konzept der Charakterstörung**. Menschen mit einer Charakterstörung leiden an einer Einschränkung ihrer Persönlichkeit, an Unzufriedenheit, dem Empfinden von Unwirklichkeit und dem Bewußtsein eines Mangels an ernsthaften Lebenszielen; ihre Persönlichkeit ist noch nicht als Einheit gefestigt und die Integration in die Gesellschaft ist ihnen nicht gelungen. Charakterstörung und antisoziale Tendenz gehören also zusammen, d. h., bei Charakterstörungen findet sich **immer** eine antisoziale Tendenz (Winnicott, D. W. 1984, S. 269) (Anm. 1).

Charakterstörungen sind nicht denkbar ohne Anteile dessen, was Winnicott **"falsches Selbst"** nannte. Darunter verstand er eine Abwehrreaktion gegen Übergriffe aus der

unmittelbaren Umgebung, also eine Ansammlung von Reaktionen auf die Umwelt. Das falsche Selbst wird also auf der Grundlage von **Gefügigkeit** aufgebaut und ist damit nicht mehr als verinnerlichte Umwelt (Winnicott, D.W. 1984, S. 173), ein Abklatsch von Außeneinflüssen, d. h. nichts wirklich Eigenes. Sich-Fügen ist das Hauptmerkmal dieser Beinträchtigung, mit Nachahmung als spezieller Ausprägung (Winnicott, D. W. 1984, S. 191).

Was in meiner Zusammenstellung wie eine Summe von Defiziten erscheinen mag, hat eine große, von Winnicott detailliert beschriebene und therapeutisch berücksichtigte **positive Bedeutung**: Das falsche Selbst hat die wichtige Funktion, das wahre Selbst zu verbergen und zu schützen, was es dadurch tut, das es sich den Umweltforderungen fügt (Davis, M. u. Wallbridge, D. 1983, S. 83). Das Individuum existiert dann dadurch, daß es **nicht gefunden wird**. (Winnicott, D. W. 1983, S. 102.), oder wie Winnicott an einer Stelle meisterhaft formuliert: **"Es handelt sich um ein hochdifferenziertes Such- und Versteckspiel, in dem es ein Vergnügen ist, verborgen zu bleiben, jedoch ein Desaster, nicht gefunden zu werden"** (Zitiert nach Auchter, Th. 1995, S. 79; Hervorhebung R. H.). Winnicott legt also den Akzent nicht auf die Pathologie, sondern auf **das Gesunde, das Positive** in jeder Störung. Dadurch arbeitet er **die kreative Lösung** heraus, die die Symptombildung für den Patienten bedeutet: Die antisoziale Tendenz stellt den Ausdruck von Hoffnung dar sowie den Versuch, die Umwelt zur Mitwirkung an der ersehnten Heilung zu gewinnen; die Charakterstörung ist Reaktion auf erlittenen Verlust, Versuch der Reparation dieser Deprivation und Schutz vor psychotischer Dekompensation; das falsche Selbst stellt einen Schutz vor Übergriffen dar und bewahrt das (verborgene) wahre Selbst, das nicht kommuniziert und dadurch gerettet wird etc. - Diese positivierende Sichtweise Winnicotts wird noch deutlicher, wenn ich – ebenfalls nur cursorisch – die wesentlichen Grundsätze seiner **Behandlungskonzeption** (bezogen auf Charakterstörung, antisoziale Tendenz und falsches Selbst) rekapituliere:

- Patienten, die eine antisoziale Tendenz, also eine wirkliche Deprivation zu bewältigen haben, behandelt man nach Winnicott besser mit anderen Methoden als Psychoanalyse, "(...) wenn auch manchmal mit Gewinn Psychoanalyse hinzugefügt werden kann" (Winnicott, D. W. 1984, S. 214). Hier, wo die persönliche Struktur noch nicht sicher gegründet ist, kommt es v. a. auf den **lenkenden Umgang** an, und die analytische Arbeit muß über lange Zeiträume hinweg zurücktreten (Winnicott, D. W. 1983, S. 185). An anderer Stelle spricht Winnicott davon, daß diese Patienten primär **nicht** Deutungen, sondern das Bereitstellen eines haltgebenden Milieus, das Vertrauen einflößt, brauchen. Um die (Nach-) Reifung zu fördern, müsse den Patienten eine Trias aus **Halten** (holding),

Be-hand-eln (handling) und **Sich-als-wirkliches-Gegenüber-Erweisen** (object-presenting) angeboten werden (Auchter, Th. 1991, S. 249).

- Winnicott hatte keine Probleme damit, in diesem Sinne verschiedene Formen angewandter Psychoanalyse zu betreiben, also "als Analytiker tätig" zu sein (Auchter, Th. 1991, S. 247). Insbesondere am Anfang von Behandlungen paßte er sich sehr stark an Erwartungen des Patienten an und hielt es für "unmenschlich, das nicht zu tun" (Winnicott, D. W. 1984, S. 217). **Im Verlaufe** einer Therapie versuchte er, mehr und mehr in analytisches Arbeiten hineinzukommen, aber **zu Beginn** war er sogar bereit, aktiv auf den Patienten zuzugehen: "Bei einem extremen Fall müßte der Therapeut zum Patienten gehen und ihm aktiv gute Bemutterung anbieten" (zitiert nach Auchter, Th. 1991, S. 148). In der Psychotherapie von Charakterstörungen unterschied Winnicott vier Phasen: 1. **Ermutigung zum Krankwerden**, statt wie bisher die Erkrankung zu verbergen und zu verleugnen. 2. **Bereitstellung einer relativ unzerstörbaren**, das Ich des Patienten **stützenden Struktur**. 3. Mit Hilfe des **Übertragungstraumas an das Trauma herankommen**. 4. Wiederholung des Umweltversagens in der therapeutischen Beziehung, wo die damit verbundene Erfahrung **angemessener Wut** die blockierten **Reifungsprozesse wieder in Bewegung** bringt (Auchter, Th. 1991, S. 250).
- Insbesondere der letzte Punkt macht deutlich, daß Psychotherapie hier generell als **Entwicklungshilfe** verstanden wird: "Wenn überhaupt analytische Arbeit geleistet werden soll, **muß der Analytiker an die menschliche Natur und an den Entwicklungsprozeß glauben**, und diesen Glauben spürt der Patient sofort." (Winnicott, D. W. 1983, S. 205).
- In diesem Sinne ist Psychotherapie, wenn sie gelingt, eine Förderung von Entwicklung, die durch die Erkrankung blockiert war. Das klingt wie eine einzige "Befreiung", aber Winnicott war sich sehr darüber im Klaren, daß die Belastungen in einer Psychotherapie von Charakterstörungen groß sein können: "Die Psychoanalyse kann gelingen, aber der Analytiker muß auf **Ausagieren** in der Übertragung gefaßt sein, und er muß die Bedeutung dieses Ausagierens verstehen und fähig sein, ihm positiven Wert zu geben." (Winnicott, D. W. 1984, S. 276f.).
- Bei Menschen, die stark mit antisozialer Tendenz (und dem, was Winnicott "Charakterstörung" nannte) zu tun haben, liegt der positive Wert des delinquenten Agierens immer auch darin, daß die Betroffenen auf diese Weise versuchen,

einer unbewußten Schuld Sinn zu geben: "Der antisoziale Mensch schafft sich Erleichterung, indem er sich ein begrenztes Vergehen ausdenkt, das nur auf verborgene Weise dem Vergehen in der verdrängten Phantasie gleicht" (Winnicott, D.W. 1984, S. 33). Der so Handelnde versucht verzweifelt, sich schuldig zu fühlen, leidet aber i. G. unter einem Mangel an Schuldgefühlen (oder, wie Winnicott sich ausdrückte, an Verantwortungsbewußtsein und "Besorgnis"). Erst im Verlauf einer wirksamen Therapie, d. h. viel später, kann Verantwortung und Schuld angemessen als **Gefühl** erlebt werden, vorher darf man danach nicht suchen.

- Noch ein Blick auf die **Angehörigen** und speziell die **Eltern**, bevor ich die Zusammenarbeit mit Herrn U. schildere: Winnicott arbeitete viel und intensiv mit Eltern bzw. mit Familienangehörigen zusammen, das brachte schon seine Rolle als Kinderarzt und Kinderanalytiker mit sich. Er hielt Vorträge und gestaltete Radiosendungen zur Information von Eltern und er kooperierte mit Eltern erwachsener Patienten, um letzteren weiter zu helfen. Dabei verstand er es, das Vertrauen der Eltern zu erwerben und zu behalten, selbst wenn es nötig war, sich während der Therapie gegen die Eltern auf die Seite des Patienten zu stellen (Winnicott, D. W. 1983, S. 271). In diesen Fällen schien ihm nicht die Deutung das Wichtigste zu sein, sondern der Umstand, daß er sich als Therapeut an die Stelle eines guten, aber depressiven Elternteils gesetzt hatte (Winnicott, D. W. 1983, S. 271). Eltern u. a. Bezugspersonen sollten Verbündete des Therapeuten werden, nicht Gegner der Psychotherapie (Anm. 2).

Im Folgenden schildere ich die sechsjährige Psychotherapie des Patienten, wie sie sich mir **Jahre nach deren Abschluß** darstellte (warum sich Herr U. später noch einmal bei mir vorstellte und wie sich sein Leben weiter entwickelte, skizziere ich weiter unten). Dabei strukturiere ich meinen Bericht in Anlehnung an Winnicotts Phaseneinteilung der Psychotherapie von Charakterstörungen, ansonsten stütze ich mich auf Stundenprotokolle und ausführliche Psychotherapie-Anträge, vor allem aber auf meine eigene emotionale Beteiligung am psychotherapeutischen Prozeß.

Der Erstkontakt oder: Der Therapeut muß den Patienten erkennen, finden und in die Therapie holen.

Der gut 30jährige Herr U. meldete sich, nachdem er zuvor mehrere Kontakte zu verschiedenen Mitarbeitern des SPsD gehabt hatte, in der Ambulanz des psychoanalytischen Instituts. Dort führte eine Ausbildungskandidatin unter Supervision

mehrere Vorgespräche mit ihm. Im Austausch mit dem Zweitsichter entstand der Eindruck, daß eine analytische Psychotherapie sinnvoll, zuvor jedoch eine langfristig angelegte vorbereitende psychiatrische Begleitung notwendig sei (Anm. 3). Der Zweitsichter fragte mich als Psychiater im SPsD und Ausbildungskandidat am psychoanalytischen Institut, ob ich mir eine solche vorbereitende Therapie vorstellen könne? Später könne ich Herrn U., wenn die Einleitung der Therapie gelinge, in psychoanalytischer Psychotherapie behandeln. Da er zugleich eine begleitende Supervision anbot, sagte ich ohne langes Zögern zu und war gespannt auf Herrn U., der sich bei mir melden sollte. – Im Erstgespräch sah ich einen Mann, dessen stiller, sarkastischer Humor und dessen selbstkritische Offenheit mich für ihn einnahmen. Er habe die Geburt, die Grund- und Realschule, die Konfirmation und den Führerschein geschafft – **ansonsten aber nur versagt!** Er habe keine eigene Meinung, sei daher total von der Meinung anderer abhängig, insbesondere von der seiner Mutter, die ihm eine eigene Existenzberechtigung abspreche...! Ich wußte aus den bereits durchgeführten Gesprächen anderer Mitarbeiter des SPsD so viel, daß Herr U. alle Ausbildungsversuche letztlich erfolglos abgebrochen hatte, und daß er sich – wenn Probleme um seine Person entstanden – in öffentlichen Gebäuden versteckte, zu denen er sich Generalschlüssel "besorgt" hatte. Dort existierte er in einer Verfassung von Leblosigkeit und mehr oder weniger manifester Suicidalität, bis er sich zu einem „Auftauchen“ entschied. Er hatte verschiedene Diebstähle und Betrügereien begangen und schon mehrere Suizidversuche unternommen. In einem Fall hatte ihn die Intuition seiner Mutter gerettet, die ihn in seinem geheimen Versteck aufgespürt und einen konkret geplanten Suicid verhindert hatte.

Herr U. kam mir auf eine eindringliche und schwer beschreibliche Weise nahe und machte mich dabei neugierig, aber ich verspürte auch Angst vor ihm und fühlte mich ihm wohl nicht wirklich gewachsen. Seine eigentümlich diffuse, vage Kommunikation löste in mir ein intensives Gefühl von Verwirrung, von zeitweiser "Verrücktheit" aus, was mich seinerzeit erschrak und mir unverständlich blieb (heute denke ich, daß es sich um eine Spiegelung seiner Ängste in der Gesprächssituation im Sinne einer projektiven Identifizierung handelte). Jedenfalls war ich – nicht zuletzt unter dem Eindruck des Erstinterview-Seminars am psychoanalytischen Institut – zurückhaltender als sonst, irgendwie wachsam und wohl selber nicht sehr natürlich und lebendig. So antwortete ich auf Fragen mit Gegenfragen und bemühte mich angestrengt, Ratschläge zu vermeiden, die sich Herr U. erbat. Obwohl ich abschließend mit ihm eine längerfristige Begleitung mit einer Wochenstunde vereinbarte, hörte ich nach dem Gespräch nicht wieder von ihm. Auch auf ein freundliches Anschreiben reagierte er nicht, so daß ich mich innerlich wieder von dem gerade begonnen „Projekt“ seiner Therapie trennte. – Später sollte ich erfahren, daß er mich unsympathisch, sehr kühl

erlebt hatte und sich eine Zusammenarbeit mit mir überhaupt nicht hatte vorstellen können. Vielleicht fühlte er sich auch vom psychoanalytischen Institut abgeschoben und erlebte mich abweisender, als ich real war.

Ein Jahr nach unserem Erstgespräch las ich beim Frühstück unverhofft einen **Zeitungsbericht** über einen Mann, der sich vier Monate lang mit Hilfe eines gestohlenen Generalschlüssels in einem großen öffentlichen Gebäude versteckt gehalten und dort am Rande des Suizids gelebt hatte. Er hatte sich von Lebensmitteln der dortigen Mitarbeiter ernährt (nicht ohne sich mit witzigen Notizen dafür zu bedanken), er hatte wertvolle Rechner gestohlen, sie in seinem Versteck aufgebaut und als Schreibmaschine genutzt, und er hatte bei der Verhaftung ausgesprochen erleichtert gewirkt und ein umfassendes Geständnis abgelegt. – Ich erkannte in dem Bericht unzweifelhaft Herrn U. wieder und entschloß mich ihn anzurufen – übrigens nicht, ohne die „Erlaubnis“ meines Supervisors zu erfragen. Da der Telefonanschluß des Patienten aufgelöst war, machte ich die Telefonnummer seiner Eltern ausfindig, rief sie an und hatte unerwartet Herrn U. selbst am Telefon, der sehr überrascht war und sich über mein erneutes Kontaktangebot aufrichtig freute. Es gehe ihm schlecht und er mache sich Vorwürfe, da seine Eltern wegen der Aktion sehr litten. Er sei nun arbeits- und wohnungslos, darüberhinaus hoch verschuldet und ihn erwarte ein Prozeß. Er sei ziemlich am Ende und vollständig von seinen Eltern abhängig, die ihm – so wie die Dinge momentan ständen – nicht einmal das Auto leihen würden, um zur Stunde zu fahren, und das könne er ihnen nicht einmal verdenken. Also schlug ich ein Gespräch gemeinsam mit den Eltern vor, das kurze Zeit später auch stattfand.

Herr U. sah blaß und deutlich abgemagert aus, er wirkte sehr bedrückt, beschämt und verzweifelt. Er sprach von "krimineller Energie" und der Notwendigkeit bestraft zu werden. Sein Vater, ein kleiner unscheinbarer Arbeiter, sagte nichts – bis auf einen Satz, als ihn seine Frau mit einem teils triumphierenden, teils vernichtendem Blick auf mich und der sarkastischen Bemerkung: „Mein Mann **kann** übrigens reden!“ dazu aufforderte. Frau U., eine schlichte, matronenhafte Frau vom Lande, dominierte das Gespräch vollkommen: Sie fragte mich bohrend nach meiner Studienzeit, ob ich eigene Kinder und schon einmal solche Patienten wie ihren Sohn behandelt habe?! Diesen entwertete sie mit jedem Satz. Während sich beide Eltern eine Form von Dauerunterbringung für den Sohn vorstellten (der Vater fragte nach einem "Arbeitslager"...), zückte die Mutter einen Taschenkalender, in dem sie seit vielen Jahren über sämtliche Verfehlungen des Sohnes, d. h. alle Ausbildungsabbrüche, alle Weglaufaktionen, alle Verschuldungen und alle Suizidversuche Buch geführt hatte. "Und **das**", warf sie mir triumphierend hin, "wollen **Sie** ändern, Herr Doktor?!"

Ich fühlte mich wie erschlagen, im Kern angegriffen bzw. maßlos entwertet und spürte großen Ärger und tiefe Hoffnungslosigkeit angesichts dieser Mutter. Aber ich empfand auch eine Art staunender, fast ungläubiger Hochachtung: Diese einfache Frau vom Lande war also offenbar ein überaus mächtiges, ein sehr ernst zu nehmendes Gegenüber. Ohne oder gar gegen sie würde hier **gar nichts** laufen! Trotz dieser Empfindungen kam auch Mitgefühl mit den Eltern in mir auf, denn mir wurde bereits jetzt deutlich, wie sehr der Sohn sie mit seinen Auffälligkeiten in Trab hielt und seinerseits vollkommen in der Hand hatte. – Das Gespräch endete jedenfalls mit einer gemeinsamen Vereinbarung: Ich würde wöchentliche Gespräche mit Herrn U. führen, begleitend würden – ebenfalls bei mir – Familiengespräche im Abstand von zunächst etwa vier Wochen stattfinden. Von diesem Zeitpunkt an sah ich den Patienten über zwei Jahre im SPsD und anschließend über noch einmal vier Jahre in meiner psychotherapeutischen Praxis. Die Familiengespräche begleiteten die Therapie über etwa eineinhalb bis zwei Jahre, danach liefen sie aus und die Kontakte zwischen den Eltern und mir beschränkten sich auf ambivalente Grüße, die wir über den Sohn austauschten.

In der nachträglichen Reflexion sehe ich die ersten Kontakte so: Herr U. mußte von mir **erkannt, gefunden** und in die Therapie **geholt werden**. Wie Winnicott in Bezug auf einen seiner Patienten formulierte: „Er wäre wohl auch nicht gekommen, wenn ich nicht von seiner Erkrankung gehört und ihn mir sozusagen geholt hätte“ (Winnicott 1983, S. 209). Im Fall von Herrn U. gelang dies nur, weil seine Eltern einbezogen wurden und insbesondere seine Mutter diesen Schritt unterstützte. Was das Erkennen und Finden angeht, so existierte Herr U. anfangs nur in Form seiner delinquenten Symptomatik. Er selbst drückte dies so aus: "Ich weiß eigentlich gar nicht wer ich selbst bin. Nur wenn ich an meinem damaligen Versteck vorbeigehe, finde ich: **das war wirklich ich!**" So existierte er nur, wenn er sich verbarg, d. h. nicht-existent machte, und er lebte **zugleich** in der Hoffnung, im Versteck erkannt und gefunden zu werden. Für ihn galt die Beobachtung Masud Khans, „(...) daß ein Mensch sich in Symptomen **verstecken** oder aber sich in ein Geheimnis **zurückziehen** kann. Das Geheimnis stellt hier einen Möglichkeitsraum zur Verfügung, in dem eine Abwesenheit in Form vorübergehender Leblosigkeit gewahrt werden kann. Ebenso wie die antisoziale Tendenz (Winnicott 1983) birgt das Geheimnis die Hoffnung, daß der Mensch eines Tages fähig sein wird, aus ihm aufzutauchen, aufgefunden und angesprochen zu werden (...)" (Khan 1990, S. 168).

Das erste Jahr: Ermutigung zum Krankwerden

In der ersten Einzelsitzung (zu der ihn sein Vater mit dem Auto brachte) sprach Herr U. in dieser Weise seine Verfassung an: "Wenn ich ihnen jetzt sagen würde, daß ich selbstmordgefährdet bin – Sie sind ja Arzt – was würden sie dann tun?" Er war damals noch außerstande, sein Gefühlsleben direkter auszudrücken und versetzte mich emotional gerade dadurch in höchste Alarmbereitschaft, daß er nur **andeutete**, entweder wieder abzuhausen oder Suizid oder eine schwere Straftat zu begehen, damit er endlich in den Knast komme.... Mit der ihm eigentümlichen Mischung aus Coolness und maximaler Eindringlichkeit fragte er wie nebenbei, **ob ich ihm das glaube?!**

Ich glaubte es ihm und erinnere mich noch heute gut an die innere Unruhe und das Frösteln, das ich dabei empfand. Wegen der für mich unübersehbaren suicidalen Gefährdung des Patienten schlug ich eine **stationäre Behandlung** vor, was er zunächst vehement von sich wies, so daß ich mich sehr in der Klemme fühlte: Er konfrontierte mich mit einer Notfallsituation, lehnte die dafür angemessene Behandlung jedoch ab und entwertete mich massiv. Ich ärgerte mich sehr, empfand Ohnmacht und wurde wachsam und mißtrauisch angesichts solch außergewöhnlicher manipulativer Potenz. – Heute glaube ich, daß mir Herr U. auf diese (projektiv-identifikatorische) Weise **sein** Erleben mit seiner Mutter vermittelte, von der er sich massiv unter Druck gesetzt und manipuliert und immer auch entwertet fühlte.

Das übernächste Mal begleitete Frau U. ihren Sohn zur Stunde, und nun erschien **sie** mir verletzlicher als er, den Tränen nahe, depressiv und stärker nur, wenn sie den Sohn entwerten konnte. Ich spürte Mitleid mir ihr und erläuterte Mutter und Sohn ausführlich den Sinn einer Klinikaufnahme, vermied dabei jede Konfrontation und bot Hilfe und Klärung bei der Schuldenregulierung an, was Frau U. noch etwas ambivalent, insgesamt aber dankbar annahm.

Für ihren Sohn war dies der Beginn einer "Karriere" als psychiatrischer Patient in dem Sinne, daß ich ihn ermunterte krank zu werden und seine depressive Verzweiflung nicht länger zu kaschieren oder zu verleugnen. Die stationäre Aufnahme stellte zugleich eine tolerable Form des Auszugs aus dem Elternhaus dar, wobei Herr U. sich diesen Schritt einerseits sehnlichst wünschte, andererseits ängstlich und schulderfüllt vermied. Die Schuld, die seine Trennungsimpulse hervorriefen, konnte er übrigens so gut wie nicht fühlen, er konnte sie nur **in Aktionen zum Ausdruck bringen**. – Darauf komme ich zurück. Zunächst das Wichtigste zur klinischen Entwicklung in Kurzform:

Herr U. blieb ein viertel Jahr in **stationärer** und anschließend ein halbes Jahr in **tagesklinischer Behandlung**, wobei unsere wöchentlichen Gespräche in Abstimmung mit den jetzt zuständigen Professionellen ambulant fortgesetzt wurden. Wiederholt nahm ich – in Absprache mit ihm – Kontakt mit der Institution auf und erläuterte so

ausführlich wie möglich, worunter Herr U. im Inneren litt und wie der **langfristige Behandlungsplan** aussah. Dies war nötig, weil der Patient über ein enormes Anpassungsvermögen verfügte und äußerlich völlig unauffällig erschien. Diese Kompetenz hatte ihm schließlich auch den viermonatigen Aufenthalt in einem öffentlichen Gebäude gestattet, **ohne das er auffiel**. Natürlich war diese Sensibilität in Bezug auf Umwelterwartungen und die Bereitschaft und Fähigkeit sich äußerlich vollkommen danach zu richten, die Voraussetzung dafür gewesen, daß er seine Kindheit ohne noch schwerere Desintegration und Dekompensation überstanden hatte. Nur in den Einzelgesprächen war zu spüren, wie instabil, wie abhängig von Unterstützung, wie gefährdet der Patient war, z. B. wenn Therapiepausen anstanden oder meine Empathie zu wünschen übrig ließ. Dabei beschränkten wir uns weitestgehend auf die Klärung **äußerer** Probleme und Konflikte, z. B. im Zusammenhang mit Arbeitsvorhaben oder die Schuldensanierung betreffend. Herr U. war – als Folge von Betrügereien, Zechgelagen u. a. Abstürzen – hoch verschuldet und mangels Einkommen vollkommen außerstande zu tilgen. So sprangen die Eltern mit einem Bankkredit ein und wir erarbeiteten in den Familiengesprächen einen realistischen Plan der Rückzahlung durch den Sohn und einen Vertrag zwischen Bank, Eltern und Sohn (in diesem Zusammenhang erwies sich der Vater des Patienten als ausgesprochen hilfreich). – Abgesehen von psychodynamisch nachvollziehbaren Rückfällen in delinquentes und sonstwie enttäuschendes Verhalten hielt sich Herr U. übrigens mit großer Ernsthaftigkeit an diesen Vertrag und zahlte regelmäßig monatlich zurück, obwohl er zunächst nur Sozialhilfeempfänger und später Bezieher eines minimalen Einkommens bzw. einer Auszubildenden-Vergütung war. So war er am Ende seiner sechsjährigen Therapie tatsächlich schuldenfrei.

Nach etwa einem dreiviertel Jahr war diese Entwicklung zumindest eingeleitet. Die Tagesklinik hatte Herr U. kontinuierlich besucht, er bezog ein Zimmer in einer therapeutischen WG für psychisch Kranke und suchte nebenher eine Arbeitsstelle, die er später fand. Im Verlaufe dieses Jahres wurde er auch psychiatrisch begutachtet ("Narzißtische Persönlichkeitsstörung", eingeschränkt schuldfähig) und der **Strafprozeß** wegen schweren Hausfriedensbruchs und wiederholten schweren Diebstahls wurde angesichts der laufenden und bisher erfolgreichen Behandlung **ausgesetzt**.

Als Frau U. in einer Familiensitzung nach etwa einem Jahr der Therapie fragte, wer denn nun alle diese bisherigen Fortschritte erreicht habe – ihr Sohn oder der Therapeut? – konnte ich ohne Zögern mit dem Satz antworten: "**Wir alle zusammen**", denn auch die Eltern hatten sich, trotz des Hasses und des Mißtrauens, ernsthaft für

die Entwicklung des Sohnes engagiert und stellten einen festen und unverzichtbaren Rückhalt für ihn dar.

Das zweite Jahr: Bereitstellung einer stützenden Struktur

Was in der äußeren Realität des zweiten Behandlungsjahres geschah, ist schnell erzählt: Für insgesamt ein Jahr wohnte Herr U. in einer therapeutischen Wohngemeinschaft für psychisch Kranke, wo ich ihn einmal besuchte, da er mir sein neues Zuhause zeigen wollte. Zu den Betreuern hielt ich Kontakt wie zuvor zu den stationären und tagesklinischen Therapeuten. Herr U. fand eine relativ beschützte Arbeit, die über § 19 BSHG finanziert wurde und auch dorthin lud er mich einmal ein. So war ich gut vertraut mit seinem sozialen Umfeld, wobei mir meine Erfahrung im SPsD zur Hilfe kam, wo es selbstverständlich war, Patienten in dieser Weise, also auch "zugehend" und aktiv zu begleiten. Auch die Familiengespräche liefen parallel zu den Einzelterminen weiter, wenn auch in nun größer werdenden Abständen. Ich hatte insgesamt den Eindruck, daß mir Frau U. ihren Sohn mehr oder weniger vertrauensvoll in der Hoffnung „übergeben“ hatte, daß es seiner Entwicklung und der familiären Atmosphäre generell gut tun würde.

So war nach einem Jahr Aufbauphase ein stabiles, haltendes, die Ich-Struktur bzw. die Entwicklung des Patienten förderndes Milieu entstanden, das **Hoffnung** in Bezug auf die Zukunft aufkommen ließ: Therapeutische WG, relativ beschützte Arbeit, Unterstützung der Familie, wöchentliche Einzelgespräche, Kooperation der beteiligten Professionellen (und im Hintergrund, was Herr U. damals noch nicht wußte, begleitende Supervision des Psychotherapeuten). – Die aufkommende Hoffnung spiegelte sich auch in meinen Phantasien, die sich wiederholt in den Aufzeichnungen aus jener Zeit finden: Ich hatte insgesamt ein ganz intensives **"Entwicklungsgefühl"**, wenn ich an Herrn U. und seine Therapie dachte. Immer wieder malte ich mir im Stillen seine Zukunft aus und protokollierte, innerlich über mich selbst und meine „Träumereien“ schmunzelnd: "Arbeit in verantwortlicher Position, Heirat, Kind usw." Oftmals empfand ich ein real ganz unangemessenes, innerlich aber „stimmiges“ Gefühl, daß er seine Probleme überwinden und viele Schwierigkeiten würde meistern können. – Im Nachhinein glaube ich, daß diese Gegenübertragungsgefühle etwas von seiner inneren Entwicklung und Verfassung spiegelten (inwiefern sie auch eigene Entwicklungsprozesse als in Ausbildung befindlicher Psychoanalytiker abbildeten, reflektiere ich in der anschließenden Diskussion). Indem **ich** mir solche "Träumereien" erlaubte, gab **auch er** sich Raum für Reifungsprozesse, die er sich zuvor nicht hatte zugestehen oder ausmalen können. Auf diese Weise entstand eine **zunehmende**

Abhängigkeit des Patienten und ich realisierte, wie Herr U. Sätze von mir wörtlich wiedergab, als wären es seine eigenen, wie er in der Gestik ein Spiegelbild meiner Person wurde, wie er also eine Entwicklung von Anlehnung und großer Abhängigkeit zuließ. In meiner Gegenübertragung korrespondierte dies mit ausgedehnten Phantasie-Streifzügen, wie ich den Patienten führen und formen könnte, wie er willenlos meine Anweisungen ausführen und sich zu einem Werkzeug meiner Gestaltungswünsche wandeln würde. Diese Gegenübertragungsphantasien irritierten mich anfangs sehr, später verstand ich sie in der Supervision als Spiegelbild der Abhängigkeit, in die sich Herr U. begab sowie als Hinweis darauf, wie sich seine Mutter die Beziehung zu ihm unbewußt ausgestaltet haben könnte.

Offenbar war die zunehmende Abhängigkeit die Voraussetzung dafür, daß Herr U. sich unverstellt so zeigen konnte, wie er wirklich war, denn nun begannen die ersten gravierenden Probleme: In einer Phase, als er damit beschäftigt war, eine eigene Wohnung zu finden, trat **delinquentes Verhalten** auf, das er mir allerdings jeweils ehrlich berichtete: Er beklautete eine Mitbewohnerin und vertrank das Geld; er fehlte nach Kneipentouren unentschuldigt bei der Arbeit und er stahl, als er tatsächlich eine Wohnung fand und der Umzug bevorstand, die Kasse auf seiner Arbeitsstelle und brachte das Geld in der Szene, in Kneipen und im Protestuertenviertel unter die Leute. Hier begegnete er dem "Milieu", das ihn früher so oft angezogen hatte und jetzt tauchte wieder die Überzeugung auf, unheilbar voller "krimineller Energie" zu stecken.

Es war als müsse Herr U. testen, ob die stützende Struktur, die um ihn herum aufgebaut war, auch wirklich "relativ unzerstörbar" war, wie ich Winnicott einleitend zitierte. Und es war zugleich so, als wollte er **handelnd mitteilen**, daß er so einfach seine vertraute Identität als enttäuschender, scheiternder Sohn und als unheilbar Krimineller nicht würde aufgeben können! Und schließlich enthielt sein "Scheitern" nach anfänglichen Fortschritten (i. S. der negativen therapeutische Reaktion) wohl auch eine gehörige Portion Selbstschädigung auf dem Hintergrund von Schuld: eine positive Weiterentwicklung hätte die Aufgabe einer spezifischen inneren Objekterziehung (Mutterbindung) bedeutet, was er in seinem Inneren einem Schwerverbrechen gleichsetzte. Dies war freilich noch überhaupt nicht zu thematisieren, denn komplexe innere Prozesse standen noch gar nicht zur Bearbeitung an. In dieser Phase der Psychotherapie ging es vorwiegend darum, Herrn U. bei der schrittweisen **Entdeckung von Gefühlen** behilflich zu sein, also die Wahrnehmung und Differenzierung von Traurigkeit, Kränkungsgefühlen, Ärger, Enttäuschung usw. geduldig und behutsam zu fördern. Es ging auch darum, die Toleranz gegenüber Frustrationen, die Realitätsprüfung, die differenzierte

Wahrnehmung anderer Menschen u. a. Ich-Funktionen zu stärken und deren allmähliche Entwicklung anzuregen. Die Bearbeitung komplexer (konfliktreicher) innerer Vorgänge mußte warten, was ich beispielhaft am **Thema "Mutter"** aufzeigen kann: Natürlich war die Beziehung zwischen Mutter und Sohn weiterhin Thema der Stunden. Dies jedoch nur in einer ganz pragmatischen, auf konkrete Bereiche beschränkten Weise. Sobald ich Andeutungen machte tiefer zu bearbeiten, was zwischen beiden an Interaktion beobachtbar war, oder sobald Herr U. selbst unvermerkt auf Bereiche stieß, die nach Unbewußtem "rochen", geriet er prophylaktisch in einen (sich auch in meiner Gegenübertragung abbildenden) **Verwirrungszustand**, den wir schließlich gemeinsam als seinen ihm vertrauten Schutz vor dem Auftauchen unbewußter, ihn überfordernder und überlastender Themen verstanden. Diese Abwehr galt es als sinnvoll zu respektieren, und das hieß für mich geduldig zu warten, bis **Herr U.** signalisieren würde, daß wir weitergehen, d. h. Unbewußtes bearbeiten konnten. Erst ab etwa dem dritten bzw. vierten Behandlungsjahr war dies schließlich der Fall.

Am Ende der vorbereitenden Phase seiner Psychotherapie (also nach zwei Jahren wöchentlicher Sitzungen) formulierte Herr U. seine eigenen Wünsche an ein weiteres, analytisches Arbeiten so: Er wüßte sich eine Ablösung von den Eltern und ein „anderes Selbstwertgefühl“ – ob das zu erreichen sei?

Das dritte Jahr: Mit Hilfe des Übertragungstraumas an das Trauma herankommen

Der Wechsel in meine psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis, wo ich mittlerweile parallel zu meiner Nebentätigkeit als Sozialpsychiater hauptsächlich arbeitete, irritierte Herrn U. zunächst sehr. Eine bedrohliche, von Suizidideen und nagendem Mißtrauen geprägte Stimmung kam auf und stellte die psychotherapeutische Zusammenarbeit vorübergehend infrage. Das war verständlich, denn Herr U. hatte zuvor den Umzug in seine eigene Wohnung bewältigt, also mit der therapeutischen WG einen Teil des haltenden Milieus aufgegeben, und er hatte ganz offensichtlich Angst, mit dem Wechsel die vertraute, persönliche Beziehung zu mir zu verlieren und gegen den Kontakt mit einem kühlen Analytiker eintauschen zu müssen. Vermutlich beunruhigte ihn auch die Frage, ob der Gutachter der beantragten analytischen Psychotherapie (mit zwei Wochenstunden im Sitzen) wohl würde zustimmen können, denn als die Zusage eintraf, war Herr U. mit einem Schlag sehr entlastet. Ab jetzt sahen wir uns zweimal in der Woche, wobei schließlich im Anschluß an die vorbereitenden 80 Sitzungen im SPsD 300 Sitzungen analytischer

Psychotherapie als Kassenleistung bewilligt wurden. Natürlich kühlte der Wechsel vom psychiatrischen Rahmen zum Setting der psychoanalytischen Psychotherapie die therapeutische Beziehung nicht ab, sondern **intensivierte** sie im Gegenteil. Familiengespräche fanden nicht mehr statt (keine Seite verlangte danach), und auch meine sonstigen aktiv eingreifenden Hilfen waren nicht mehr erforderlich. Herr U. bewältigte aufkommende reale Konflikte nun ohne mich, hielt mich später auch gezielt aus seinem Leben heraus, worauf ich unten ausführlicher eingehen werde. Insgesamt fand nun nach zweijähriger Einleitungsphase eine noch einmal vierjährige analytische Psychotherapie statt, in der freilich einige Modifikationen des analytischen Arbeitens (z. B. das Sitzen) aufrecht erhalten wurden. Wegen des begrenzt zur Verfügung stehenden Raumes kann ich den psychoanalytischen Behandlungsprozeß nur anhand ausgewählter Themen wiedergeben.

Schon bald nach Beginn der zweistündigen Arbeit fragte mich Herr U., ob mir klar sei, daß ich **zwei sich widersprechende Aufträge** habe – den seiner Mutter und den seinen? Seine Mutter sei überzeugt, daß aus ihm nie etwas werde – ob ich das auch glaube?! So wurde mir deutlich, daß ich mich nun, wo keine Treffen mit seiner Mutter mehr anstanden, im Zweifels- oder Konfliktfall auf **seine** Seite, d. h. auf die Seite der Weiterentwicklung zu stellen hatte. Mir blieb dabei die Hoffnung, daß Frau U. diese Entwicklung nach zweijähriger Zusammenarbeit **letztlich** begrüßen oder mindestens nicht boykottieren würde. Ihr Sohn brauchte jedenfalls einen geschützten Raum, um sich mit seinen verzweifelten und seinen haßerfüllten Phantasien und Gefühlen befassen zu können. Er mußte spüren, daß ich nun unbeirrbar **Partei** für seine Identitätssuche, für seine Nachreifung ergreifen würde. Er selbst drückte das einmal so aus: "Es ist wie eine Waage. Meine Mutter sitzt auf der Seite des Scheiterns, ich auf der Seite der Entwicklung. Sie balancieren in der Mitte. Wenn sie nicht auf meine Seite kommen, kann ich's nicht schaffen!"

Die Tatsache, daß Frau U. sich aus der direkten therapeutischen Kooperation zurückzog, führte zu einer **Intensivierung der Übertragungsbeziehung**, denn allmählich, aber unaufhaltsam entdeckte der Patient Charakteristika seiner Mutter in **meinen** Verhaltensweisen. Vorerst war es noch nicht so weit, denn Herr U. befaßte sich intensiv mit seiner Kindheit und erlebte mit anrührender Bestürzung zum ersten Mal nach, wie er von seiner Mutter sadistisch zu Schularbeiten gezwungen, von anderen Jungen ferngehalten und entwertet worden war. Diese nach und nach ausgegrabenen Erinnerungen brachten das überkommene, von Mutter stammende Bild einer "glücklichen Kindheit" ins Wanken und lösten eine lang anhaltende, schwere Verunsicherung in Bezug auf die eigene Identität und die eigene Lebensgeschichte aus: Was sollte nun stimmen, das eigene Erleben oder die offizielle Elternversion?

Jetzt, wo die äußere Situation genügend sicher war, konnte sich Herr U. der *inneren* Verunsicherung nähern, und dies brachte auch mich in meiner Gegenübertragung oftmals in Stimmungen der größten Verwirrung, der grundlegenden Verunsicherung und des tiefen Alleinseins. Ich spürte auch, während Herr U. solche Erinnerungen aufsuchte, Haß in meiner Gegenübertragung und ich hörte korrespondierend von ihm, daß ich seine "kriminelle Energie" völlig verharmlose: Er habe kürzlich von Prostituiertenmorden gelesen und gemerkt, daß er da selbst eine lebhaft Phantasie habe...(ich hatte keine Probleme, dies nachzuvollziehen). – Auf dem Höhepunkt dieser Entwicklung entdeckte Herr U. eindringendes und manipulierendes Verhalten *bei mir*, wodurch er sich an seine Mutter erinnert fühlte: "Früher dachte ich, was sie sagen, tut mir gut. Heute merke ich auch Skepsis und werde nachdenklich. Am Ende bin ich ein **Abklatsch von ihnen** statt von meiner Mutter!"

Wie ein massiver Faustschlag in die Magengegend traf mich seine kalte Mitteilung, "ein anderer, zweiter Herr U." habe die Kasse auf der Arbeit aufgebrochen und das Geld in der „Szene“ verschleudert! Er wisse nicht, wie das gekommen sei und könne auch keine hilfreichen Einfälle dazu beisteuern! – So verstand ich nichts von dem, was passiert war und erarbeitete mir nachträglich in der Supervision ein ansatzweises Verständnis der Geschehnisse: Der Rückfall war wohl eine Reaktion auf mein wirklich zu eindringendes Verhalten und bedeutete, daß ich nicht verstehen *sollte*! So schützte er seine negative Identität vor meiner (= Mutters) Eindringlichkeit. Dieses delinquente Verhalten, das war unzweifelhaft *er selbst*, und indem er es von sich abspaltete und in einen zweiten, anderen Herrn U. verlegte, schützte er sein Selbst vor weiteren unerträglichen Übergriffen – so als handelte er nach dem Motto: "Lieber ein Krimineller als dein Machwerk!" Der Rückfall bedeutete darüber hinaus wohl auch eine Art Rückversicherung, indem er sich noch einmal für die alte Identität als Delinquent, die seine Mutter ihm nahegelegt hatte und gegen die neue, höchst verwirrende positive Identität entschied. – Übrigens stand, als diese Dinge passierten, der *erste Verlängerungsantrag* an, also eine erneute, zumindestens phantasierte Infragestellung der haltenden Beziehung an. Herr U. reagierte darauf mit einer Intensivierung seiner negativer Übertragung, geriet wieder in mißtrauische und suizidale Verfassung und war kurz davor, erneut in sein Versteck abzuhausen: "Ich habe das Gefühl, ich muß das noch mal machen!" Der Höhepunkt dieser bedrohlichen Entwicklung war erreicht, als der Patient anschließend eine Stunde kurzfristig absagte, um seinen Zahnarzt aufzusuchen. Als ich – wie vereinbart – dafür Geld von ihm berechnete, drohte er mit einer Beschwerde bei der Krankenkasse, zahlte aber trotzdem – er war „stinkwütend“ auf mich und sagte mir mit hochrotem Kopf, die "Freundschaft" sei nun verloren gegangen, dies sei die reine, professionelle Arzt-Patient-Beziehung! Ich sei *selbstsüchtig wie seine Mutter* – die sei über Jahre jeden

Morgen in sein Bett gekommen, habe ihn dabei über sein Leben ausgequetscht und ihre Unzufriedenheit über seinen Vater kundgetan! – Der Analytiker als übergriffige, selbstsüchtige und den Sohn ausquetschende Mutter – damit wurde Haß in der Übertragung (und natürlich auch in der Gegenübertragung) spürbar, ohne daß Herr U. jedoch in eines seiner Verstecke abtauchte.

Das vierte Jahr: Angemessene Wut und ein Stück Nachreifung

Ich habe wiederholt beschrieben, wie Herr U. **an seiner Arbeitsstelle** auffällig wurde und muß die Information nachreichen, daß keine dieser Aktionen anhaltend negative Folgen für den Patienten hatte. Das lag einerseits daran, daß er selbst stets umgehend "beichtete" und aufrichtig Wiedergutmachung anbot, was Sympathien der Beteiligten weckte. Und dann hatte er einen Chef, der reichlich Verständnis aufbrachte und bezüglich seiner weiteren Entwicklung offenbar ebensoviel Glauben in Herrn U. bzw. seine Entwicklung setzte wie ich. Jedenfalls bot er ihm nun sogar eine **Lehrstelle** an, und später beschäftigte er ihn tatsächlich in einer Position, in der er eine gewisse Verantwortung für Mitarbeiter und für ein bestimmtes Aufgabengebiet zu tragen hatte.

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Herrn U. gewannen jetzt **Träume** und die Bearbeitung **unbewußter Phantasien** an Bedeutung, und die Beschäftigung mit seiner Biographie wurde ein zentrales, kontinuierlich wiederkehrendes Thema. In den ersten vorbereiteten Jahren war dafür wegen ständig drängender aktueller Fragen kein Raum gewesen, und zu Beginn der Antrags-Psychotherapie hatte Herr U. zwar über sein Leben berichtet, dies jedoch mit der Einschränkung, daß dies seine Kindheit wiedergebe, „so wie meine Mutter sie sieht“. Ob sie **wirklich** so gewesen sei, wisse er nicht...Erst jetzt konnte er – nach und nach – erarbeiten, wie es aus seiner Sicht gewesen sein könnte.

Ich fasse zusammen, was sich in einem Zeitraum von etwa 100 Therapiestunden herauskristallisierte: Seine Mutter stammte vom Lande, wo nicht sie, sondern ein anderes Geschwister den ersehnten Sprung in die Stadt geschafft hatte. Sie selbst lebte weiterhin von der Arbeit in der Landwirtschaft und daher offenbar in einem **Gefühl tiefen eigenen Unwertseins**, das u. a. auch durch den Umstand unterhalten wurde, daß mehrere Familienmitglieder psychisch "auffallend" gewesen waren (im ersten Familiengespräch hatten die Eltern darauf bestanden, daß ihnen Probleme wie die ihres Sohnes selber vollkommen unbekannt seien). Als sie Herrn U., den späteren Vater des Patienten kennenlernte, verband sie mit diesem vermeintlich „weltläufigen“

Mann große Hoffnungen, insbesondere die, vom Lande wegzukommen – und wurde bitter enttäuscht. Das Paar mußte heiraten, da Frau U. mit ihrem Sohn schwanger war, und nun konzentrierten sich ihre Erwartungen auf ihren Sohn, den **"Augenstern"**, der sie über die Enttäuschung am Ehemann hinwegtrösten sollte. „Ihm fiel“ – so schilderte es seine Mutter – „alles zu“ (in Wirklichkeit war er, wie er später mühsam rekonstruierte, ein durchaus mittelmäßig begabter Schüler), er sollte in Mutters Phantasie „mindestens Pastor oder Arzt“ werden – und wurde doch etwas Eigenes, nämlich **notorischer Versager**. Die mütterlichen Erwartungen an ihn waren höchst widersprüchlich: Er sollte **einerseits** ihr Vertrauter und Verbündeter sein, d. h. so wie sie, denn sie wünschte sich Verständnis für ihre große Verletzbarkeit und Hilfe in den suizidalen Stimmungen, die sie immer wieder überfielen (einmal hielt sie der Sohn davon ab, sich auf dem Dachboden zu erhängen). Und **andererseits** sollte er ihre Lebens-Enttäuschung kompensieren, also erfolgreicher und stabiler, v. a. weltgewandter sein, als sie selbst und ihr Ehemann. Schließlich sollte er, daß war die tiefste Ebene des gemeinsam erreichten Verständnisses, die Mutter entlasten, indem er (auch stellvertretend für sie) ihr beschädigtes Selbst in tiefer Identifizierung mit ihr übernahm und für sie auslebte. – Wie sollte der Heranwachsende diese gewaltigen, sich widersprechenden Anforderungen erfüllen können?!

Herr U. erarbeitete sich diese Sichtweisen zunächst mit meiner Unterstützung und noch vorwiegend rational getönt. Später **fühlte** er, daß er etwas Stimmiges entdeckt hatte: Wie er für Mutter erst etwas wirklich Besonderes war, dann aber, weil er enttäuschte, fallengelassen wurde. Und wie er ihr Gutes tat, **indem** er enttäuschte, weil er sie damit vor **eigener** Verzweiflung und Wertlosigkeit bewahrte. Dabei erlebte er sich unter großem Druck seitens der Mutter: "Es ist, als wenn ich mein Handeln nicht selbst beeinflusse – vor meiner Mutter gab's und gibt es kein Entrinnen!" Dies wirkte umso traumatischer, als sein Vater wenig präsent war und der Übermacht seiner Frau nichts entgegenhalten konnte. So war der Sohn – nach einer Phase als "Augenstern" - doppelt allein gelassen.

Wie erwähnt, erarbeitete sich Herr U. diese Einsichten, die ich hier im Block zusammenfasse, nach und nach, wobei es parallel dazu zu ganz wesentlichen Entwicklungen der **Übertragungsbeziehung** kam: Ich beging nämlich **Fehler**, die sich der Patient zunutze machte, indem er mit angemessener Wut reagierte, was seine Entwicklung fühlbar voranbrachte. Es war, wie Casement (mit Bezug auf Winnicott) schreibt: „Als Therapeut versucht man immer, keine Fehler zu machen und nie in eine Situation zu geraten, in der man sich rechtfertigen muß. Trotzdem kommt so etwas immer wieder vor, und gelegentlich nutzen Patienten solche Fehler unbewußt dergestalt, daß der therapeutische Prozeß plötzlich in einem anderen Licht erscheint.“

Die weitere Arbeit mit dem Patienten ist dann häufig befruchtet durch die Erfahrung, daß auch der Therapeut vom Patienten lernen kann“ (Casement 1989, S. 15). – Mein Hauptfehler war, wie bereits einmal zuvor, ein eindringendes Verhalten, indem ich, als der psychoanalytische Prozeß gut in Gang gekommen war, Herrn U. mit dem Vorschlag bedrängte, von der Couch Gebrauch zu machen. Diesen Vorschlag lehnte er ab, weil ihm der Gedanke ans Liegen unangenehm war (er wollte authentische Reaktionen von mir spüren und mich dabei unmittelbar wahrnehmen), und er spürte offenbar intuitiv, daß dieser Gedanke von mir doch etwas Eigennütziges hatte. Er diente **mir** und **meinem** beruflichen Ehrgeiz, **meinem** Narzißmus und nicht wirklich **seiner** Entwicklung. Wieder war ich – ohne es zu merken – in die Rolle seiner Mutter geraten und Herr U. kritisierte meine Haltung und ließ sich in seinem heftigen Ärger nicht beirren. Nach der Stunde wurde ich nachdenklich, realisierte meinen Fehler und sprach ihn in der folgenden Stunde von mir aus an: Im nachhinein müsse ich ihm rechtgeben mit seiner Kritik. – Herr U. war wie vom Schlag getroffen: Warum ich denn meinen Fehler selber eingestehe, das schwäche doch meine Position in der Auseinandersetzung mit ihm?! Fast ungläubig reflektierte er, dies sei ja „ein echter Teilerfolg“ für ihn, daß er tatsächlich etwas bei mir **bewirke!** Seine Mutter habe immer Recht behalten! Da habe er nie etwas bewirkt! Obwohl diese Szene eine Entwicklung auf den Punkt brachte, die sich an vielen anderen Stellen in weniger spektakulärer, aber doch vergleichbarer Weise bemerkbar gemacht hatte, erlebte ich sie doch als wichtig für die Therapie: Nicht **ich** hatte mich mit meiner Realität durchgesetzt, sondern er hatte etwas **bei mir bewirkt** und sich damit als **wirklich existent** erwiesen.

Fünftes und sechstes Jahr: Entdeckung des Schuldgefühls und Abschied

Die letzten zwei Behandlungsjahre brachten Themen, die neu und für die Identitätsentwicklung des Patienten sehr bedeutsam waren: So tauchten u. a. oral-aggressive und anal-sadistische Inhalte in jetzt vermehrt berichteten Träumen auf und es ging erstmals um die Entwicklung der Sexualität und der Identität als Mann. Ganz konkret wurde dieser Prozeß durch die **Aufnahme einer Liebesbeziehung** zu einer Frau, wobei Herr U. das Meiste aus dieser Beziehung vor mir verschwie: Dies war ganz offenkundig ausschließlich "sein Ding" und ich mußte in der Gegenübertragung realisieren, daß mir dieses Ausgeschlossenensein Probleme bereitere: Die Freundin litt selbst unter noch viel größeren Schwierigkeiten als Herr U. und ich reagierte – ohne es zunächst zu merken – wie ein klammernder Elternteil und machte mir übertriebene Sorgen um seine Entwicklung. Wie auch immer, Herr U. stand zu dieser Liaison, obwohl oder gerade weil er meine offenbare Skepsis spürte, und ich konnte mir nach einiger Reflexion sagen, daß dieser Abgrenzungsschritt für ihn von enormer

Bedeutung war. Er mußte mich draußen halten, insofern war diese **Nicht-Kommunikation** nicht als "Widerstand" zu verstehen, sondern als etwas, worauf er ein Recht hatte, als ein positiver Beitrag zur Therapie bzw. zu seiner Entwicklung.

Die Aufnahme dieser Beziehung wurde übrigens möglich, nachdem ein anderes, wichtiges Thema dieses letzten Therapieabschnitts angeklungen war, das uns im Verlaufe des letzten Jahres anhaltend beschäftigte: Das **Thema der inneren Schuld**, der kriminellen Identität des Patienten. Herr U. kam selbst darauf, daß er sich früher **durch seine Taten schuldig gemacht** hatte, während er sich mittlerweile **ohne äußeren Anlaß schuldig fühlte**. Ich deutete, daß er sich offenbar eine faßbare Ursache für eine vage innere Verantwortung habe geben müssen, was inzwischen nicht mehr nötig sei: Er sei von einem "äußeren" zu einem "inneren Kriminellen" geworden und wir könnten anfangen zu verstehen, um welche **innerlich erlebte Schuld** es sich handle. Jetzt konnte ich auch endlich aufhören, ihm die "kriminelle Energie" auszureden, die er so oft für sich reklamiert hatte und Herr U. selbst kam auf den Gedanken, daß alle Frauenbeziehungen seines Lebens – seine Mutterbeziehung inbegriffen – von dieser "kriminellen Energie" geprägt gewesen seien. Befriedigt realisierte er, daß ich ihm nun glaubte und aufgehört hatte ihm diese Sicht auszureden und er sagte in dieser Stunde u. a: "Es geht mir um das **Gefühl, kriminell zu sein**. Das ist für mich ganz vertraut, und sie haben's jetzt akzeptiert, früher aber dauernd angezweifelt. Im Grunde kommt dann in so'ner langen Zeit nur raus, was ich von Anfang an wußte. Da hatte ich doch Recht mit meinem Gefühl! Das geht irgendwie um Anhäufen innerer Schuld, dem anderen gegenüber...!"

Herr U. lag richtig mit seiner Kritik an mir: Es war töricht gewesen, ihm dieses Gefühl ausreden zu wollen. Allerdings unterschätzte er die Bedeutung des von ihm geschilderten Prozesses, denn hier ging es doch um einen entscheidenden Entwicklungsschritt für ihn: Er begann, Verantwortung für eigene Impulse zu übernehmen, was auch hieß, nicht mehr für alles und jedes die Schuld bei seiner Mutter zu suchen. Nach intensivem Durcharbeiten des Schuldthemas konnte er (viele Therapiestunden später) nachdenklich assoziieren, daß seine Mutter **real** vielleicht gar nicht immer so festhaltend gewesen sei, wie er dies gerne darstelle und beklage...Vielleicht habe er ein solches Mutter**bild** gebraucht, an dem er immer noch festhalte? Das sei ja leichter, bei allem sagen zu können, "Mutter ist schuld"...! Wenn er das noch ändern könne, würde er ja wirklich eigenverantwortlich, was er selbst stets angezweifelt habe. Jetzt konnte ich, nachdem solange der Haß auf seine Mutter Thema der Psychotherapie gewesen war, daran erinnern, daß seine Mutter diese Therapie immerhin ermöglicht und später nicht bekämpft hatte. Im Gegenteil, sie hatte

die ganze Unternehmung, wenn auch mit Skepsis und Eifersucht unterstützt und damit die Voraussetzung für seinen Entwicklungsprozeß geschaffen.

Ich vergaß bisher zu erwähnen, daß Herr U. zeitgleich seine Lehre absolvierte, wobei es auch in diesem Zusammenhang zu einer agierend ausgestalteten Inszenierung seines Grundkonflikts kam. Der Erfolg der Ausbildung war nämlich – trotz Förderunterricht durch den Chef – ernsthaft in Frage gestellt, weil sein Schützling in **Buchführung** rein gar nichts aufnehmen konnte und ständig auf Note "Sechs" stand. Es dauerte lange, bis Herr U. **mir** zu einem Verständnis verhalf: Seine Mutter hatte ja – woran er mich erinnerte – stets über sein Leben "Buch geführt" und vielleicht protestiere er innerlich gegen dieses Fach? – Wie geschildert realisierte Herr U. in diesem Zusammenhang, daß die Haltung "Mutter ist an allem Schuld" ihn nicht weiterbrachte und in einem eindrucksvollen Seitanz von Abschlußprüfung erhielt er (mit schriftlich vier plus und mündlich vier minus!) den ersten Berufsabschluß seines Lebens. Da etwa zeitgleich auch sein Darlehen getilgt war, war er zum Abschluß der Therapie in einem doppelten Sinne **"end-schuldet"**: Das Geld war zurückgezahlt und die innere Ablösung von seiner Mutter – das eigentliche Schwerverbrechen – mit einigermaßen angemessenem Verantwortungsgefühl zumindest auf den Weg gebracht.

Therapieende – und wie es weiterging...

Das Ende der sechsjährigen Psychotherapie erlebte Herr U. mit traurigen und ärgerlichen Stimmungen, auch mit Magen-Darm-Beschwerden und Schlafstörungen, obwohl das letzte halbe Jahr auf seinen Wunsch hin mit einer Wochenstunde stattfand. Er trennte sich noch von seiner Freundin und teilte mir nach einem Jahr auf einer Postkarte mit, daß er sich verlobt habe und heiraten wolle – vielleicht sei ein Familiengespräch nötig, denn wie ich mir denken könne, sei seine Mutter gegen die Verbindung.... Später erhielt ich eine Hochzeitskarte und noch einmal später die freudige Mitteilung, daß er Vater eines Sohnes geworden sei. Mehrere Jahre nach Therapieende – ich war gerade mit der ersten Fassung des Therapieberichtes befaßt – meldete er sich wieder zum Termin bei mir an und berichtete, daß sich die Dinge kompliziert weiter entwickelt hätten: Seit der Geburt des Sohnes habe sich die ursprünglich harmonische Beziehung zu seiner Frau deutlich verschlechtert. Der Sohn schlafe sehr schlecht und belaste mit diesem Problem das Eheleben erheblich (Herr U. war, wie mir schien, nicht mehr der alleinige Mittelpunkt im Leben seiner Frau). Er selbst absolviere, nachdem er wegen innerbetrieblicher Umstrukturierungen, also unverschuldet arbeitslos geworden war, eine Umschulung. Nachdem er in diesem

Projekt den eigenen hohen Erwartungen nicht habe entsprechen können, habe er erstmals wieder „Mist gebaut“, wobei er Geld entwendet und sich für einige Zeit mit unbekanntem Ziel „abgesetzt“ habe. Seine Frau habe er in Abständen angerufen und ihr dabei mitgeteilt, daß er an Suicid denke.... Er sei depressiv und benötige offenbar erneut Psychotherapie, ob ich dies ermöglichen könne?

Ich gebe eine **kurze Zusammenfassung** des weiteren Verlaufs: Herr U. begann eine erneute zweistündige Psychotherapie, in der ich von aktuellen Übergriffen der Mutter erfuhr: Sie wirkte im Hintergrund massiv gegen die Schwiegertochter und bot ihrem Sohn konkret an, den Enkelsohn "abzukaufen", da die Eheleute den Kontakt der Großmutter zu ihm einschränkten. Im Verlauf der Psychotherapie zeichnete sich ab, daß die auffallend harmonische Beziehung zu seiner Frau eine der wesentlichen Voraussetzungen für Herrn U.s Stabilität gewesen war, und daß er den Schritt von der Dyade zur Triade und vor allem den der Triangulierung mit all den damit zusammenhängenden Konflikten und Entwicklungsaufgaben bisher nur sehr unvollkommen hatte bewältigen können. In der Zusammenarbeit war er nur ansatzweise in der Lage, diese um das Teilen und den Verzicht kreisenden Konfliktthematiken durchzuarbeiten. Er neigte eher dazu, Zweierbeziehungen herzustellen, in denen er sich nicht ausgeschlossen fühlen mußte, und in denen er sich ungestört durch Dritte gesehen und geliebt fühlen konnte. Während er eine liebevolle Beziehung zu seinem Sohn aufbaute und sehr an ihm hing, verkraftete er nicht, daß er seine Frau mit einem Dritten teilen mußte, und daß er aus dieser neu entstandenen Dyade zeitweise ausgeschlossen war. Mit seinem delinquenten Verhalten rächte er sich – so schien es mir – an ihr und provozierte ihre intensive Zuwendung. Zur Klärung all dieser Konflikte sowie zur Unterstützung seiner beruflichen Rehabilitation erschien eine stationäre Psychotherapie sinnvoll, aber auch hier gelang es Herrn U. nicht, die Situation triangulär zu gestalten: Er verliebte sich in eine Mitpatientin, beendete die Behandlung vorzeitig und trennte sich von seiner Frau. Aus der stationären Psychotherapie zurückgekehrt, sagte er mir, daß er die ambulante Psychotherapie gerne bei einem anderen Therapeuten fortsetzen wolle – das sei nicht gegen mich gerichtet, sondern beruhe auf dem Wunsch, nach langjähriger Zusammenarbeit nun auch einmal Anregungen von einer anderen Person zu bekommen. Ob ein solcher Schritt möglich sei und von mir unterstützt werde? Obgleich ich in seinem Wunsch auch eine Abwehr gegen die zur Bearbeitung anstehenden Konflikte des familiären Dreiecks sah, stimmte ich zu, um Herrn U. die von ihm gewünschte therapeutische Alternative zu ermöglichen. So war es nun an mir, Herrn U. mit einem Dritten (dem Therapeuten) zu teilen. Ich war aus dieser Beziehung ausgeschlossen und konnte mich fragen, ob Herr U. auf diese Weise – per Handlungssprache – austestete, wie ich

auf eine solche Situation reagieren würde. Ich unterstütze den Wechsel und nannte ihm – auf seinen Wunsch – Namen von Kollegen, die er zu kontaktieren beabsichtigte.

Jahre später (ich schrieb gerade an dieser Epikrise), begegnete mir Herr U. zufällig in der Stadt: Er war mit seinem Sohn und dessen Mutter verabredet und sagte als erstes: „Mein Sohn wünscht sich natürlich immer, daß wir Dinge zu dritt machen...ist ja nicht einfach, aber wir bemühen uns alle darum!“ – Ich erfuhr, daß er von seiner Frau getrennt lebte, sich jedoch wieder gut mit ihr verstand und öfters gemeinsam mit ihr und dem Jungen etwas unternahm; daß er seit längerem wieder im erlernten Beruf angestellt war; daß seine Mutter nach langer Krankheit gestorben war und sein Vater durchaus noch allein zurecht kam. Als sein Sohn und dessen Mutter eintrafen, stellte Herr U. mich kurz vor, und ich verabschiedete mich. Es fühlte sich etwas „unheimlich“ an, daß Herr U. mir zum dritten Mal wieder begegnet war, während ich innerlich damit beschäftigt war, mich von ihm zu trennen...

Die Aktualität Winnicotts in der Psychoanalyse

Meine Kasuistik wirft viele Fragen auf – sowohl was das „Management“ von Patienten in psychiatrischen Arbeitszusammenhängen angeht (Heltzel 2000), als auch die Diskussion zur Theorie der Technik in der Psychoanalyse betreffend. Im Kontext dieses Heftes konzentriere ich mich auf Themenstellungen, die eine Verbindung zwischen den hier referierten Konzepten Winnicotts und Arbeiten zeitgenössischer Analytiker herstellen. Dabei wird deutlich werden, wie anregend Winnicott auf einige der kreativsten Analytiker unserer Tage wirkt.

Die von Wallerstein zusammenfassend referierten Ergebnisse der Menninger-Studie, die die Langzeitpsychotherapie schwerer gestörter Patienten im ambulanten Setting untersuchte (Wallerstein 1990; die im folgenden zitierten Seitenzahlen beziehen sich auf diese Veröffentlichung), weisen zahlreiche Parallelen zur Behandlung von Herrn U. auf: Gleichzeitige Hospitalisierungen, verschiedene Modifikationen des klassischen psychoanalytischen Verfahrens, lange „Entwöhnungsprozesse“ bei der Beendigung und aktives Eingreifen zum Schutz des Patienten vor den Folgen destruktiver Verhaltensweisen waren häufig (S. 972). Die positive, abhängige, teilweise „unanalytierte“ Übertragungsbindung wurde als wichtiger Stützmechanismus beschrieben (S. 975), einschließlich des „Übertragungstauschhandels“, daß angestrebte Veränderungen dem Therapeuten zuliebe vollzogen wurden (S. 976). Dabei gelangten die Patienten nicht selten zu einer zufrieden stellenden Stabilisierung, indem sie die in der Therapie etablierte Übertragung im Anschluß an die

Zusammenarbeit mit den Psychotherapeuten auf den Ehegatten übertragen (S. 977). Die Therapien enthielten mehr oder weniger deutlich Aspekte von „Realitätsprüfung und Nacherziehung“ (S. 979), wobei sie die „erborgte Ich-Stärke“ nutzten, die aus der Identifizierung mit dem Therapeuten stammte (S. 980). Häufig wurde eine „Art von Lebensmanipulation“ (S. 980) als essentieller Wirkmechanismus eingesetzt, z. B. die Herauslösung aus ungünstigen oder schädlichen Lebenssituationen, wobei die betreffenden Modifikationen der traditionellen psychoanalytischen Technik teilweise gelöst wurden, teilweise nicht (S. 989). Wallerstein resümiert, „(...) daß wir den Eindruck haben können, daß das breite Gesamtspektrum der >kränkeren< Patienten, von denen hier die Rede ist, mit einer entsprechend eingerichteten und veränderten stützend-expressiven Psychotherapie sehr viel besser fährt, wenn die Bestandteile geschickt und phantasievoll genug zusammengestellt werden und wenn man eine wahrhaft hinreichende und begleitende Lebensführung (life management) garantieren kann“ (S. 991). Hier klingt – bis in wörtliche Formulierungen („life management“) hinein – Winnicott an, wenngleich dieser Bezug nicht ausdrücklich erwähnt wird.

Anders als Wallerstein bezieht sich Treurniet (1995, 1996) in seiner Kennzeichnung der psychoanalytischer Grundhaltung explizit auf Winnicott, wenn er die therapeutische Wirkung der Objektbeziehung in den Mittelpunkt seiner Betrachtung rückt und den Hintergrundaspekt derselben mit Winnicotts Konzept der „Umweltmutter“ in Verbindung bringt (Treurniet 1995, S. 115). In seiner Konzeption des psychoanalytischen Prozesses räumt Treurniet der vorübergehenden, wechselseitigen, affektiven Verstrickung zwischen Analysand und Analytiker und der dabei unvermeidlichen Handlungssprache hohe Priorität ein: „Menschen müssen oft erst etwas tun, was sie danach fühlen können. Das ist dann eine Mitteilung, die zu diesem Zeitpunkt nicht auf irgendeine andere Weise gemacht werden kann. Und das Agieren ist (...) auch immer eine (...) affektive Kommunikation und als solche ein Äquivalent zur freien Assoziation. Diese Inszenierungen (...) sind in bestimmter Hinsicht dem Spiel des Kindes vergleichbar“ (Treurniet 1995, S. 121). Mit Balint und Winnicott plädiert Treurniet dafür, „(...) Agieren als berechtigtes Kommunikationsmittel zu akzeptieren, ohne jeden Versuch, das alles übereilt durch Deutungen zu >organisieren>“ (Treurniet 1995, S. 124). Im „postklassischen“ psychoanalytischen Prozeß sei das partielle und vorübergehende Agieren auch des Analytikers unvermeidlich, seine vollständige Beherrschung sogar unerwünscht (Treurniet 1995, S. 127): „Erfolgreiche analytische Arbeit entfaltet sich in einem Prozeß kontinuierlicher, aktiver, gegenseitiger Verstrickung zwischen Analytiker und Analysand plus dem ständigen Versuch beider, sich der Art dieser Verstrickung bewußt zu werden und sie aufzuklären“ (Treurniet 1996, S. 12) – Ferenczi und Winnicott mit seiner Sicht der vom Analytiker begangenen und vom Patienten genutzten Fehler klingen an.

Eine zunehmende Zahl von Analytikern sieht es heute so: „Handlungsdialoge, Inszenierungen und Enactments sind in der Therapie von Patienten mit schweren seelischen Störungen unvermeidlich“ (Streeck 2000, S. 13; die Seitenzahlen im folgenden beziehen sich auf diese Arbeit). Weder sei der Analytiker Zuschauer des analytischen Prozesses, noch Schiedsrichter, vielmehr würde er ständig in Szenen verwickelt, deren Sinn sich ihm oft erst im Nachhinein erschließe. In der Therapie schwerer gestörter Patienten sei der analytische Prozeß weit mehr als ein Austausch von Worten: Die Inszenierungen in der Therapie schwer persönlichkeitsgestörter Patienten seien gemeinsame Kreationen von Patient und Psychotherapeut (S. 39), Verstehen könne sich erst entwickeln, nachdem Patient und Therapeut – vermittelt über ihr wechselseitiges **Sich-Behandeln** – solche Koproduktionen auf der Behandlungsbühne in Szene gesetzt haben“ (S. 45).

Zunehmend setzt sich auch in der deutschsprachigen Psychoanalyse ein Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung als gemeinsamer Schöpfungen von Patient und Analytiker durch. Beide treten als „Koautoren des psychoanalytischen Prozesses“ auf (Bohleber 1999, S. 816), deren gegenseitige Beeinflussung die psychoanalytische Interaktion gestaltet und belebt (Ehrenberg 1996), sofern beide Teilnehmer des „Systems Patient-Analytiker“ (Orange u. a. 2001, S. 63) kreativ zueinander passen: „The analytic process ist often now generally understood to represent not simply an unfolding of the contents of the patient’s mind, but an interaction between two people, each of whom brings to that interaction his or her own dynamics, passions, ideas, and general subjectivity“ (Mitchell 1997, S. 29). In Anlehnung an Winnicott ließe sich formulieren: Es gibt keinen Patienten ohne Analytiker und keinen Analytiker ohne Patienten. „Der Analytiker und der Analysand tragen gemeinsam zu einer unbewußten Intersubjektivität bei und partizipieren an ihr (...); doch gleichzeitig sind Analytiker und Analysand separate Individuen, jeder mit seinem eigenen Körper und Geist, seiner eigenen Geschichte etc.“(Ogden 2001, S. 112).

Neben Ogden – auf den ich zurückkomme – hat insbesondere Bollas diese Sicht des psychoanalytischen Prozesses weiterentwickelt (Bollas 1997, 2000). Er elaboriert das Konzept des „wahren Selbst“ in seiner Theorie des „Idioms“ und entwirft, indem er an Winnicotts Vorstellungen der primären Objektbeziehung anschließt und sie fortführt, seine Konzepte des "transformativen" und des „evokativen Objektes“. Bollas zufolge streben wir unseren Selbsta Ausdruck in einem Zusammenspiel zwischen der uns unbewußten Anlage (unserem „Idiom“) und unseren subjektiven (transformativen, evokativen) „Objekten“ an. Damit sind nicht nur Objektbeziehungen im engeren

psychoanalytischen Sinn, sondern auch unsere Beziehung zu Projekten, Gegenständen, kulturellen Erfahrungen, Vorhaben usw. gemeint, von denen wir uns eine tiefgreifende innere und äußere Veränderung versprechen. Lebendig zu sein heißt für ihn, von verschiedenen Objekten Gebrauch zu machen, die unser „Idiom“, unsere Selbsterfahrung „evozieren“ können. In diesem Sinne sind wir „Intermedien“ (Bollas 2000, S. 25): Wir leben in einem Zwischenbereich, in einem Raum zwischen unserem angeborenem Kern und der äußeren Realität, zu der wir in Beziehung treten.

Diesem von Winnicott „entdeckten“ Zwischenbereich gilt Ogdens besondere Aufmerksamkeit (Ogden 1997, 2001): In seinem Konzept des „analytischen Dritten“ entwickelt er, wie Leben bzw. Lebendigkeit entsteht – nämlich in „(...) einer psychologischen Dialektik von Einssein und von Getrenntsein, in der jeder das andere hervorbringt und prägt“ (Ogden 1997, S. 7). „Als Analytiker versuchen wir uns unbewußt für ein Benütztwerden durch den Analysanden empfänglich zu machen, wobei wir eine Anzahl von Rollen im unbewußten Leben des Analysanden spielen. Ein unbewußtes Empfänglichsein dieser Art (Bions (...) Zustand einer >Reverie<, d. h. einer >Träumerei< oder eines >träumenden Verstehens<) beinhaltet ein (teilweises) Abgehen von der eigenen Individualität, deren teilweises Abtreten an ein drittes Subjekt, ein Subjekt, das weder Analytiker noch Analysand ist, sondern eine dritte Subjektivität, die unbewußt durch das analytische Paar geschaffen wird“ (Ogden 2001, S. 7; die folgenden Seitenangaben beziehen sich auf diese Veröffentlichung). Entsprechend versteht Ogden Übertragung und Gegenübertragung als eine (unbewußte) Koproduktion des analytischen Paares: „Ich sehe Übertragung und Gegenübertragung nicht als trennbare Entitäten, die als Reaktion aufeinander auftreten; nach meinem Verständnis beziehen sich diese Begriffe auf Aspekte einer einzelnen intersubjektiven Totalität, die vom Analytiker und Analysand separat (und individuell) erfahren wird“ (S. 20). Der „analytische Dritte“ ist also „(...) eine gemeinsam, jedoch asymmetrisch entwickelte und erlebte Palette von bewußtem und unbewußtem intersubjektivem Erleben, an dem Analytiker wie auch Analysand teilhaben“ (S. 77). In diesem potentiellen Raum zwischen beiden Beteiligten können Symbole geschaffen werden, „(...) für bisher unbeschreibliche und undenkbare Aspekte der inneren Objektwelt des Analysanden“ (S. 78). (Anm. 4). Für Ogden ist daher „(...) vielleicht Winnicott der wichtigste Baumeister einer modernen Konzeption der Psychoanalyse, bei der das zentrale Augenmerk des analytischen Prozesses (...) erweitert wurde. Das zentrale Anliegen des analytischen Prozesses liegt für Winnicott (...) in der Ausweitung der Fähigkeit von Analytiker und Analysand, einen >Ort um zu leben< in einem Erfahrungsbereich, der zwischen Realität und Phantasie liegt, zu schaffen“ (Ogden 2001, S. 85). Dieser Raum wird durch Übergriffe und Grenzüberschreitungen zerstört (Streeck-Fischer 1997) oder andersherum kreiert und

aufrecht erhalten, wenn der Analysand die Erfahrung entwicklungsfördernder Omnipotenzenerfahrungen macht, in denen er den Analytiker als subjektives Objekt erlebt, auf das er zunehmend weniger reagieren muß, da es sich ihm – als Selbstobjekt – in tendenziell synchroner Interaktion zur Verfügung stellt (Tenbrink 1997).

Ich will abschließend versuchen, die hier referierten neueren, intersubjektiven Denkansätze auf die berichtete Kasuistik, also auf Herrn U. und mich als die damals Beteiligten (im Hintergrund kam der Supervisor hinzu) anzuwenden. Das wird – nicht nur wegen des begrenzten Raumes, sondern auch aus Gründen der Zurückhaltung – nur ausschnittsweise möglich sein. Ich fokussiere dabei auf institutionelle Zusammenhänge und deren Relevanz für die Identitätsbildung, da ich diese Fragestellung für besonders bedeutsam halte. – Behandlungen, die Ausbildungskandidaten im Rahmen ihrer psychoanalytischen Professionalisierung durchführen, werden in besonderer Weise besetzt. Diese Besetzungen sind immer mehr oder weniger ambivalent, in bestimmten Fällen erlangen die Projekte aber eine ganz hervorgehobene, für den Selbsta Ausdruck und die Identitätsbildung des Kandidaten entscheidende Bedeutung. Im Anschluß an Bollas ließe sich sagen, daß solche Vorhaben – wenn sie befriedigend verlaufen – den Charakter von Verwandlungs- bzw. evokativen Objekten erfüllen: Sie „(...) wirken wie seelische >Schlüssel<; sie öffnen Türen zu unbewußt intensiver – und reicher – Erfahrung, in der wir das Selbst, das wir sind, durch unsere produktive Reaktion zum Ausdruck bringen“ (Bollas 2000, S. 22). – Als ich mit Herrn U. zusammenarbeitete, war es möglich, im Rahmen der Ausbildung und neben den offiziellen Ausbildungsfällen, die in Kolloquien diskutiert wurden, eine Reihe weiterer Patienten im Beauftragungsverfahren und unter kontinuierlicher Supervision zu behandeln. Dies geschah bei Herrn U., den ich im Anschluß an meine Tätigkeit im SPsD und noch während meiner Ausbildungszeit zum Psychoanalytiker nach den geltenden Psychotherapie-Richtlinien behandelte. Mehrfach kam in der Supervision die Frage auf, ob es nicht sinnvoll sein könnte, die Behandlung als offiziellen Ausbildungsfall anzumelden, aber mein Supervisor – der diese Art von Arbeit selber liebte und mich darin sehr bestätigte – riet mir letztlich davon ab: Eine Behandlung mit so vielen Modifikationen könne viel Kritik, Infragestellung oder auch Ablehnung am Psychoanalytischen Institut hervorrufen (vielleicht dachte er dabei nicht nur an mich, sondern auch an sich selbst). Wegen der großen Zahl ähnlich strukturierter Patienten sei sie zwar lehrreich, jedoch „schwierig darstellbar“. Ich vermag nicht zu sagen, ob sich dies bis heute geändert hat, aber seinerzeit war es so. Da ich genügend andere, den geltenden Ansprüchen genügende, ebenfalls lehrreiche Ausbildungsfälle in Behandlung hatte, verzichtete ich auf eine institutsöffentliche Darstellung der Therapie, und so wurde Herr U. bzw. die

Zusammenarbeit mit ihm so etwas wie mein „geheimer“ Ausbildungsfall, den ich mit niemandem außer dem Supervisor teilte: Zwar waren verschiedene „Dritte“ (z. B. die Eltern, der Gutachter, die zuständigen Professionellen usw.) darin involviert, aber am Institut mischte sich niemand „störend“ in die Zusammenarbeit zwischen Herrn U. und mir bzw. dem Supervisor und mir ein (Herrn U. unterrichtete ich im zweiten Teil der Behandlung von der begleitenden Supervision, von da an bezog er den Supervisor gelegentlich in seine Einfälle ein – manchmal machte er sich auch einen Spaß daraus, ihm über mich Grüße auszurichten). So war es ein Fall, in dem ich entscheidend, aber irgendwie im Verborgenen – und ausgesprochen lustvoll – lernte. Auch wenn Beauftragung und begleitende Supervision für Legalität sorgten, konnte ich mir zumindest phantasieren, daß „das Institut“ als übermächtige Mutterimago mein eigenständiges Vorgehen mißbilligen, ich es gleichwohl (und umso lustvoller) praktizieren würde. Es war ein wenig Dissidenz, „verboten“ und erlaubt zugleich, was sich ausgesprochen reizvoll anfühlte.

Es kam hinzu, daß ich – während ich Psychoanalytiker wurde – weiterhin Psychiater blieb (zunächst angestellt, dann als Gründungsmitglied und Vorstandsvorsitzender eines Vereins für Psychodynamische Psychiatrie). So empfand ich mich (anders als viele meiner Freunde und psychoanalytischen Kollegen) als „Grenzgänger“ zwischen zwei Kulturen, die sich in einer nicht auflösbaren Paradoxie wechselseitig ausschließen und ergänzen (Heltzel 2001). Ich „ging fremd“, indem ich mir als Psychiater eine psychoanalytische Identität erarbeitete und als angehender und schließlich ausgebildeter Psychoanalytiker weiterhin psychiatrisches Engagement erlaubte. Beides hatte – teils real, teils innerpsychisch – den Charakter einer fortgesetzten „Untreue“, des lustvollen „Verrats“, den ich zunächst in handelnder Inszenierung vollzog und erst später und dann auch nur schrittweise verstand: Ich erlaubte mir Beziehungen zu zwei miteinander verbundenen, jedoch feindlich eingestellten Kulturen und arbeitete kontinuierlich an deren ambivalent ausgestalteter Annäherung (Heltzel 2002).

Heute bin ich überzeugt, daß diese Zusammenhänge damals ganz wesentlich dazu beitrugen, daß ich zu Herrn U. „paßte“, daß er mit meiner Hilfe und Unterstützung seine eigene Identität suchen und ansatzweise auch finden konnte (während ich wiederum die Hilfe und Unterstützung des Supervisors genoß). Nicht nur er, sondern auch ich durchlebte eine Art „Identitätsdiffusion“, die sich immer wieder eindrucksvoll in meinen Gegenübertragungsgefühlen abbildete: Ich erlebte mich korrespondierend zu Herrn U. oftmals hochgradig verwirrt, hilflos, konfus, mitunter regelrecht „verrückt“, oder bedrückt, verzagt, sogar hoffnungslos und „verzweifelt“ – und doch auch wieder beglückt, hoffnungsvoll, mit den allerbesten Aussichten auf die Zukunft, voller

Entwicklungspotential und gestalterischer Macht. Nicht nur Herr U., sondern auch ich rang in der (mehr oder weniger unbewußt/bewußten) Beziehung zum inneren Mutterbild (dem Institut) um Autonomie und Selbsta Ausdruck und bedurfte dabei eines entwicklungsförderlichen, väterlichen Begleiters. Nicht nur mein Patient, sondern auch ich hatte mich in diesem Prozeß mit Abhängigkeits- und Autonomiewünschen bzw. dem Konflikt zwischen beiden und mit den zugehörigen Schuldgefühlen auseinander zu setzen, und auch ich ging – in der Sozialisation vom Psychiater zum Psychoanalytiker – den Weg von der Handlungs- zur Symbolsprache. So liegt es nahe, den dargestellten analytischen Prozeß als einen gemeinsam geschaffenen **Möglichkeitsraum für die Beteiligten** zu sehen, der real und zugleich nicht real war, ernst und zugleich nicht ernst, existenziell bedeutsam und zugleich spielerisch, voller Handlungen und zugleich voller Ahnungen und Bedeutungen (Winnicott 1985).

Herrn U. verhalf dieser Prozeß zu einiger Weiterentwicklung, zugleich blieb manches für ihn offen. So wäre es möglich, seine Behandlung als einen Weg von der symbiotischen, dyadischen Beziehung zur beginnenden bzw. zur fixierten frühen Triangulierung (Ermann 1985, 1989, 1993) zu beschreiben: Die symbiotischen Erlebensmodi wären aus dieser Sicht nicht gänzlich überwunden, vielmehr erschienen sie auf die Partnerschaft übertragen, wobei diese Kompensation durch die Geburt eines die Dyade störenden Dritten in Frage gestellt würde. Die alternative Verwendung des präödpalen Vaters als Dritten hätte begonnen, die gleichzeitige Beziehungsaufnahme zu beiden Eltern, aus deren intimer Beziehung der Sohn ausgeschlossen ist, wäre aber bisher nicht erreicht (Anm. 5). Oder anders formuliert: Herr U. hätte die zentralen Herausforderungen des ödipalen Dreiecks in der depressiven Position, nämlich die Beziehungsaufnahme zu beiden Eltern als Paar und damit die Auseinandersetzung mit dem Ausgeschlossenensein, mit dem Verlust, mit dem Verzicht, mit Getrenntheit und Trennung erst noch vor sich (Britton 1998). Das schmälert aber nicht das von ihm Erreichte, er war in der Therapie kein „notorischer Versager“, sondern „gut genug“.

****Ausschnitte aus der hier präsentierten Kasuistik wurden an anderer Stelle und in anderem Kontext bereits veröffentlicht (Heltzel 2000).***

Anmerkungen:

- (1) Heute sprechen wir statt von „Charakterstörung“ von „Persönlichkeitsstörung“.
- (2) Eltern sind, selbst wenn sie in den Schilderungen der Patienten ausgesprochen schlecht wegkommen, Introjekte für sie geworden, also Teil der Persönlichkeitsstruktur der Nachkommen. ">Gegen< solche wichtigen Bezugspersonen zu arbeiten und sie zu entwerten, bedeutet deshalb letztlich, gegen einen Teil des Patienten selbst zu arbeiten." (Rauchfleisch, U. 1990, S. 182). – In seinem Konzept der Begleitung und der

Psychotherapie von borderline-strukturierten Dissozialen setzt sich Rauchfleisch für die Kooperation mit Drittpersonen aus dem privaten und dem professionellen Umfeld der Patienten ein. Dabei plädiert er für das Vorgehen in einer Hand, das sich u. a. wegen der Spaltungstendenzen der Patienten anbiete (Rauchfleisch 1990).

- (3) Zweitsichter und späterer Supervisor der hier geschilderten Psychotherapie war der inzwischen verstorbene Lehranalytiker Willi Meyer, dem ich – was meine Sozialisation zum Psychoanalytiker angeht – sehr viel verdanke.
- (4) Der so verstandene psychoanalytische Prozeß ist für Ogden unabhängig davon, wie oft er einen Patienten in der Woche sieht (Ogden 2001, S. 83 ff.) und schließt „interpretative actions“ als Interventionsmöglichkeit ein (Ogden 1994, S. 107 ff.).
- (5) Wesentliche Merkmale der Biographie Herrn U.s decken sich mit den von Rohde-Dachser referierten Befunden Rothsteins, der bei männlichen, narzißtisch gestörten Patienten häufig folgende verwirrende ödipale Konstellation fand: „1. Der Vater wurde von der Mutter als Versager angesehen. In vielen Fällen war er dies auch. 2. Die Söhne wurden von der Mutter als narzißtische Objekte solange hochgeschätzt und überbewertet, als sie die aus dem Versagen des Vaters resultierende Kränkung wettzumachen versprachen. 3. Die Mutter bestätigte über Gebühr die ödipalen Wünsche des Kindes und war selbst aktiv sexuell verführend. (...) Diese Situation beinhaltet nicht nur die Erfahrung eines (relativen) ödipalen Sieges mit entsprechenden Hochgefühlen und gesteigerter Kastrationsangst, sondern auch die existenzielle Befürchtung, von der Mutter fallengelassen zu werden, sobald man ihren Ansprüchen nicht mehr genügt“ (Rohde-Dachser 1987, S. 794f.). – Konstellationen wie diese führen Rohde-Dachser zufolge zu komplexen Verschränkungen ödipaler und präödipaler Dynamik in Form des „strategischen Ödipuskomplexes“, wobei das Kind aus Selbstschutz dazu neigt, „(...) in seinem narzißtischen Universum zu verbleiben, von dessen Mittelpunkt aus es sozusagen sternförmig dyadische Beziehungen zu vielen unterschiedlichen Objekten aufnehmen kann, ohne sich einer eigentlichen ödipalen Erfahrung zu stellen“ (Rohde-Dachser 1987, S. 782).

Literaturangaben:

- Auchter, Th. (1989): Gesundsein und Kranksein. Ein fiktives Gespräch mit Donald W. Winnicott. Forum der Psychoanalyse 5, S. 153-167.
- (1991): „Lebendig bleiben, gesund bleiben, wach bleiben“. Ein fiktives Gespräch mit Donald W. Winnicott über psychoanalytische Behandlung jenseits der Standard-Technik. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis 6, S. 243-259.
 - (1995): Über das Auftauen eingefrorener Lebensprozesse. Zu Winnicotts Konzepten der Behandlung schwerer psychisch Erkrankter. Forum der Psychoanalyse 11, S. 62-83.
- Bohleber, W. (1999): Editorial. Psyche 53, S. 815-819.
- Bollas, C. (1997): Der Schatten des Objekts. Stuttgart (Klett-Cotta).
- (2000): Genese der Persönlichkeit. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Britton, R. (1998): Die fehlende Verbindung: die Sexualität der Eltern im Ödipuskomplex. In: Britton, R., Feldman, M., OShaughnessy, E.: Der Ödipuskomplex in der Schule Melanie Kleins. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 95-116.
- Casement, P. (1989): Vom Patienten lernen. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Davis, M., Wallbridge, D. (1983): Eine Einführung in das Werk von D. W. Winnicott. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Ehrenberg, D. B. (1996): jenseits der Wörter. Zur Erweiterung der psychoanalytischen Interaktion. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Ermann, M. (1985): Die Fixierung in der frühen Triangulierung. Forum der Psychoanalyse 1, S. 93-110.
- (1989): Das Dreieck als Beziehungsform. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 34, S. 261-269.
 - (1993): „Frühe“ Triangulierung. In: Mertens, W. (Hg.): Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse. Stuttgart (Internationale Psychoanalyse), S. 200-208.

- Heltzel, R. (2000): Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie. Psychotherapie Forum 8, S. 107-116.
- (2001): Die Begegnung zwischen Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Sozialpsychiatrische Informationen 31, S. 24-31.
 - (2002): Wie integrieren wir verschiedene Zugehörigkeiten? gruppenanalyse 12, S. 81-86.
- Khan, M. M. (1982): Das Werk von D. W. Winnicott. In: Eicke, D. (Hg.): Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts“, Bd. 3. Weinheim, Basel (Beltz), S. 219-253.
- (1983): Entfremdung bei Perversionen. Ffm. (Suhrkamp).
 - (1990): Erfahrungen im Möglichkeitsraum. Psychoanalytische Wege zum verborgenen Selbst. Ffm. (Suhrkamp).
- Mitchell, S. A. (1997): Influence and Autonomy in Psychoanalysis. London (The Analytic Press).
- Ogden, Th. (1994): Subjects of Analysis. London (Jason Aronson).
- (1997): Über den potentiellen Raum. Forum der Psychoanalyse 13, S. 1-18.
 - (2001): Analytische Träumerei und Deutung. Zur Kunst der Psychoanalyse. Wien, New York (Springer).
- Orange, D. M., Atwood, G. E., Stolorow, R. D. (2001): Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Ffm. (Brandes und Apsel).
- Rauchfleisch, U. (1990): Die Bedeutung des sozialen Umfeldes für die Psychotherapie von Borderlinepatienten auf „niedermem Strukturniveau“. Forum der Psychoanalyse 6, S. 175-186.
- Rohde-Dachser, C. (1987): Ausformungen der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzißtischen und bei Borderline-Störungen. Psyche 41, S. 773-799.
- Streeck, U. (2000): Szenische Darstellungen, nichtsprachliche Interaktion und Enactments im therapeutischen Prozeß. In: Streeck, U. (Hg.): Erinnern, Agieren und Inszenieren. Göttingen (Vandenhoeck u. Ruprecht), S. 13-59.
- Streeck-Fischer, A. (1997): Verschiedene Formen des Spiels in der analytischen Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse 13, S. 19-37
- Tenbrink, D. (1997): Der Übergangsraum in der analytischen Situation. Forum der Psychoanalyse 13, S. 38-53.
- Treurniet, N. (1995): Was ist Psychoanalyse heute? Psyche 49, S. 111-140.
- (1996): Über eine Ethik der psychoanalytischen Technik. Psyche 50, S. 1-31.
- Wallerstein, R.S. (1990): Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Wiederaufnahme einer Diskussion. Psyche 44, S. 967-994.
- Winnicott, D.W. (1983): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Ffm. (Fischer Taschenbuch).
- (1984): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Ffm. (Fischer Taschenbuch).
 - (1985): Vom Spiel zur Kreativität, 3. Aufl.. Stuttgart (Klett-Cotta).

Zusammenfassung:

Der Autor referiert Winnicotts Konzepte der antisozialen Tendenz und der Charakterstörung sowie die wesentlichen Grundsätze der darauf aufbauenden Behandlungskonzeption Winnicotts und veranschaulicht anhand einer ausführlichen Kasuistik (mehrjährige Behandlung eines Patienten mit Narzißtischer Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Niveau) die „Wiederentdeckung“ der Winnicott'schen Konzepte in der psychotherapeutischen Praxis. Anschließend wird skizziert, wie empirische Befunde der Psychotherapieforschung nach Winnicott wesentliche Aspekte von dessen Behandlungspraxis bestätigen und wie zeitgenössische Psychoanalytiker in ihren intersubjektiven Konzeptionen des psychoanalytischen Prozesses von Winnicott beeinflusst sind und ihn weiter entwickeln. Am Schluß wendet sich der Autor noch einmal der Kasuistik zu und diskutiert, welcher Anteil am Behandlungsprozeß der eigenen „Identitätsarbeit“ als Psychoanalytiker in Ausbildung zukommen könnte. Hier klingt an, wie Patient und Therapeut den

Möglichkeitsraum des psychoanalytischen Prozesses in einer intersubjektiven Verschränkung miteinander schaffen, aufrecht erhalten und weiter entwickeln.

Zum Autor: Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Arzt für Psychotherapeutische Medizin. - Psychoanalytiker (DGPT), Gruppenanalytiker (DAGG), Gruppenanalytischer Supervisor und Organisationsberater (DAGG) in eigener Praxis.