



Die letzte Analyse-Stunde – und was dann?

Gerhard Hummel (München)

Zusammenfassung: In der psychoanalytischen Literatur existieren nach meiner Kenntnis keine kasuistischen Beiträge zur letzten Stunde, und die theoretischen Überlegungen zur letzten Stunde sowie zur postanalytischen Beziehung sind sehr überschaubar. Auch in der Ausbildung wird das Thema bestenfalls gestreift. In den mir bekannten Curricula der deutschen Institute werden keine Seminare zum Thema Abschied aufgeführt. Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Terminsetzung der letzten Stunde, der gemeinsamen Abschiedsgestaltung und Gestaltung des postanalytischen Kontakts auseinander. Dabei wird auch das Konzept der Übertragungsneurose, deren «Heilung» und die Auflösung der Übertragung als Gradmesser für das Ende des analytischen Prozesses kritisch hinterfragt. In der Erfahrung der Analysewirklichkeit «überlebt» eine Bereitschaft zu positiver, aber auch negativer Übertragung, die auch bei einer Wiederbegegnung nach Jahren anspringt. Im Wie der gemeinsamen Abschiedsgestaltung soll gezeigt werden, wie das Übertragungsfeld dieses Prozesses durch die inneren Arbeitsmodelle von beiden Protagonisten gemeinsam gestaltet werden.

In Fallvignetten zur letzten Stunde wird dargestellt, wie komplex die letzten Stunden sein können, aber auch wie unspektakulär sie manchmal sind. Sie entstammen eigener Erfahrung als Behandler, Supervisor und Dozent für Workshops zu diesem Thema. Weiter will ich auf die Gestaltung postanalytischer Beziehungen eingehen. Unser «Arbeitsmodell Abschied» wird mit dem Wissen um den dynamischen Entwicklungsprozess in den ersten Jahren nach einer analytischen Psychotherapie deutlich verändert. Dieses Wissen erleichtert vielleicht auch das Abtrauern von Größenphantasien auf beiden Seiten der Couch, was in der Psychoanalyse bis zur letzten vereinbarten Stunde alles hätte erreicht werden müssen.

Schlüsselwörter: Abschiedsparadigma, Auflösung der Übertragung, Arbeitsmodell Abschied, postanalytische Beziehung

1 Vorbemerkungen

In jedem Anfang wohnt ein Zauber, aber auch ein Abschied inne. Sokönnte man die berühmte Gedichtzeile von Hermann Hesse abwandeln und damit jede erste Stunde eines therapeutischen Prozesses zwischen zwei Menschen fassen. Diese Endlichkeit ist auch dem «reinen Gold der tendenzlosen Psychoanalyse» (Freud, 1919a, S. 193) immanent, die jedenfalls auf dem Papier open-end und fünfstündig durchgeführt wird. Die erste Stunde ist im Gegensatz zur letzten Stunde wissenschaftlich untersucht worden. Über die letzte Stunde wurden einige Behandlungsvignetten publiziert, aber kaum behandlungstechnische Überlegungen formuliert. Martin Bergmann (1998) hat in seiner Arbeit *Die Beendigung der Analyse, die Achillesferse der psychoanalytischen Behandlungstechnik* ein Abschiedsparadigma vermisst. Mit dem Artikel von Bergmann kam das Thema Abschied mehr in den Fokus der Theoriebildung und wurde von einigen Autor:innen bearbeitet. Inge Rieber-Hunscha hat in ihrem Buch *Das Beenden der Psychotherapie* (2005) versucht, diese Lücke des fehlenden Paradigmas zu schließen, fand aber, wohl auch wegen zu starker Schematisierung, wenig Anklang. Die Arbeiten des Ehepaars Novick, von Diana Pflichthofer, Peter Diederichs u. a. haben wertvolle Beiträge geliefert. Aber es fehlen ausgiebigere Falldarstellungen in der Literatur, die die letzte Stunde einbeziehen. Ich habe den Eindruck, dass die ausführlichen Falldarstellungen in der Literatur häufig aus Abschlussarbeiten der Ausbildung stammen. Die Abschiedsprozesse in diesen Behandlungen finden jedoch oft nach dem Abschluss der psychoanalytischen Weiterbildung statt und werden nicht so intensiv supervidiert und durchdacht wie der Prozess davor. Weder in Deutschland noch in den USA wird nach meiner Kenntnis für den Abschluss ein abgeschlossener Fall gefordert.

Ich kann mir zwar nach jahrzehntelanger Beschäftigung mit dem Abschied nicht vorstellen, dass es bei der Einmaligkeit jedes analytisch-therapeutischen Prozesses ein übergreifendes Paradigma geben kann. Trotzdem möchte ich einige grundlegende Fragen diskutieren. Dabei muss ich einschränkend bemerken, dass ich als Praktiker und Supervisor vorwiegend dreistündige, durch die Kassenleistung begrenzte Behandlungen übersehen kann, in denen nur das «Kupfer der ärztlichen Anwendung» (Freud, 1919a, S. 193) legiert wurde. Grundlage meiner Überlegungen sind analytische Psychotherapien. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien mit einer Stunde pro Woche habe ich nicht einbezogen. In der Katamnesestudie von Marianne Leuzinger-Bohleber (2001) erwies sich, dass sich die Zufriedenheit der Patient:innen mit dem Behandlungsergebnis unabhängig davon zeigt, ob die Methode die analytische Psychotherapie oder die tiefenpsychologische Psychotherapie war. Eine lange therapeutische Entwicklungszeit als Prädiktor hat wohl grössere Bedeutung als die Stundenfrequenz der Therapien.

Mein Aufsatz hat die letzte Stunde und die Zeit danach zum Thema. Konflikte, das Wiederauftreten von Symptomen, Verlieben als Widerstand, Abbrüche und andere nicht seltene und schwierige Entwicklungen im Abschiedsprozess vor der letzten Stunde wären ein eigenes Thema. Die Bearbeitung dieser Phänomene ermöglichen erst eine letzte Stunde, die gut genug ist.

2 Die letzte Stunde

2.1 *Das Wann der letzten Stunde: Wie lässt sich der stimmige Moment finden und wer definiert ihn?*

In der Literatur zu diesem Thema wird übereinstimmend vorgeschlagen, einen Termin für die letzte Stunde einige Monate vorher festzulegen, auch um den Abschiedsprozess zu markieren und zu intensivieren. Nur: Wer setzt diesen Termin? Welche Kriterien werden angewendet, um zu bestimmen, wann in der lebenslangen Entwicklung der Abschnitt des Lebens, der von einem analytischen Prozess gefördert wird, zu Ende gehen kann? Sigmund Freud hat im Fall des Wolfsmanns (Freud, 1918b) das Experiment versucht, eine angenommene Stagnation im analytischen Prozess durch die Androhung des Analyseendes in einem Jahr zu überwinden. Erst nach diesem «Trick» hat der Wolfsmann seinen berühmten Wolfstraum geträumt, der den grossen Fortschritt gebracht hat. Freud hat diesen Versuch aber nie als behandlungstechnische Regel formuliert, wie er ja auch mit expliziten Regeln sparsam war. Er soll diesen «Trick» aber noch wenige Male angewendet haben. Dieses Experiment wurde dann in der Nachfolge Freuds zum Behandlungskonzept erklärt. Mario Erdheim hat in einem Vortrag vor vielen Jahren in der Anwendung der Arbeit *Totem und Tabu* auf die psychoanalytische «Urhorde» sinngemäss darüber spekuliert, dass die Söhne und Töchter den Übertäter Freud symbolisch ermorden mussten und dann aus Schuldgefühl seine behandlungstechnischen Anregungen und Experimente in einen Totempfahl als Regeln eingraviert und angebetet haben.

Die meisten Autor:innen, die sich mit dem Thema Abschied beschäftigt haben, formulieren das Wunschziel, dass Analytiker:in und Patient:in den Termin für die letzte Stunde gemeinsam festlegen, in der Realität findet diese Übereinkunft nur in etwa 20 Prozent der Abschiede statt. In der bundesdeutschen kassenfinanzierten Behandlung erscheint diese Frage dadurch beantwortet, dass die Behandlung üblicherweise mit der maximalen Kassenleistung für analytische Psychotherapie von 300 Stunden endet, auch wenn in Sonderfällen eine weitere Verlängerung beantragt werden kann. Die meisten Kolleg:innen halten sich an die Begrenzung und hören mit der 300. Stunde auf. Der Termin für die letzte Stunde wird damit von aussen gesetzt, von der Anonymität einer

Institution bestimmt, auf die dann die mögliche Enttäuschungsaggression, «nicht genug bekommen zu haben», verschoben werden kann. Damit muss sich das therapeutische Paar weniger mit den Begrenzungen auseinandersetzen, die in den analytischen Möglichkeiten dieses Paares und dieses Prozesses begründet sind. Nur in Deutschland werden nach meiner Information so lange Behandlungen ohne Selbstbeteiligung von den Kassen übernommen. In der Schweiz ist je nach Versicherer und Vertrag die Zuzahlung pro Sitzung und pro Jahr unterschiedlich eingeschränkt, weshalb die Verhältnisse nur bedingt vergleichbar sind. Trotzdem sind dann auch in der Schweiz die Kassen und die Bestimmungen «schuld», wenn die Stunden und das Geld nicht reichen könnten für eine «good enough»-Therapie.

Zum Thema, wie das psychotherapeutische Paar oder die psychotherapeutische Gruppe den guten Zeitpunkt für die letzte Stunde bestimmen können, existiert eine Vielfalt von Modellen und theoretischen Vorstellungen. In bestimmten «klassischen» Vorstellungen ist der Zeitpunkt durch die Heilung von der Übertragungsneurose und damit der Auflösung der Übertragung bestimmt. Die prozesshafte Entwicklung einer Übertragungsneurose ist immer wieder infrage gestellt worden. Helmut Thomä bezweifelte in einer Diskussion auch diesen Prozess und definierte die Psychoanalyse provokant als Fokalthherapie mit wechselndem Fokus.

Die Konzepte von Inszenierung verschiedenster Beziehungserfahrungen, auch multipler traumatischer Erfahrungen im analytischen Prozess, das Zusammenspiel von entwicklungsbedingten Strukturdefiziten und Konflikten auf allen Entwicklungsebenen sind nach meiner Ansicht mit der Vorstellung der klassischen Übertragungsneurose auf der Grundlage des ungelösten ödipalen Konflikts nicht mehr in Deckung zu bringen. Bei dem Prozess der Auflösung der Übertragung de-identifiziert sich der/die Patient:in nach den holzschnittartig dargestellten klassischen Vorstellungen von der Analytiker:in und es überlebt die Identifikation mit der analytischen Funktion.

In der renommierten Katamnese studie von Leuzinger-Bohleber (2001) berichtete eine Mehrzahl der Patient:innen, dass sie in der postanalytischen Phase einen inneren Dialog mit der Analytiker:in geführt hätten:

Wobei der Dialog immer mehr die konkreten Züge des Dialogs mit der Analytiker:in verlor und zu einem selbstverständlichen Teil der eigenen Selbstreflexion wurde. Erstaunlicherweise gab es aber einige der schwer traumatisierten Patienten, die, vor allem in Konfliktsituationen, noch Jahre nach Abschluss der Behandlung einen relativ konkreten inneren Dialog mit ihrem Analytiker führten. (S. 251)

Die Intensität der Repräsentanz der Übertragungsbeziehung nimmt, wie erwartbar, in der Zeit nach der letzten Stunde ab, aber dieser Prozess scheint nur zum Teil in der Zeit vor dem Ende der Analyse abzulaufen.

Schon 1976 vermutete Dewald (zit. nach Mertens, 1990, S. 255),

dass bestimmte Elemente der Übertragungsneurose, wie neurotische Erwartungen, verzerrte Wahrnehmungen der Realität, defensive Konfliktlösungen, anhand der Durcharbeitung so gut wie aufgelöst werden. Die in der regressiven Übertragungserfahrung wahrgenommenen realen und positiven Erfahrungen in Bezug auf den Analytiker bleiben hingegen als Prototyp eines besseren und einfühlsameren Elternteils im Erleben bestehen und werden in ähnlichen Lebenssituationen (wie z. B. in Katamnesegesprächen) rasch als Erfahrung wiederbelebt.

Der erwähnte innere Dialog wird mit einem inneren Objekt geführt, mit einem Objekt, dessen reale Aspekte und Übertragungsaspekte nicht getrennt werden können. Die Psychoanalyse hat sich in den letzten Jahrzehnten von dem Mythos der eindeutigen Trennbarkeit von Übertragungsbeziehung und Realbeziehung verabschiedet. Muss sie sich auch vom Mythos der Auflösung der Übertragung verabschieden? Bergmann schreibt: «Es wurde viel darüber diskutiert, was die Analyse erreichen solle und weniger darüber, was sie tatsächlich erreicht.» (Bergmann, 1998, S. 312)

Zwei Kolleg:innen und ich führten eine praxisbegleitende kleine Studie an neun analytischen Behandlungen durch. In den Katamneseinterviews nach drei Jahren kam es auch zu einer Wiederbegegnung zwischen Behandler:innen und Patient:innen, das unterscheidet unser Design von Leuzingers Studie, in der die Interviews von Aussenstehenden durchgeführt wurden. Wir machten die Erfahrung, dass sich bei der Wiederbegegnung die Beziehungs- und Arbeitsatmosphäre und die Übertragungsdynamik zum Ende der Therapie innerhalb von Sekunden wieder einstellte. Das galt natürlich nicht nur für positive Übertragungsgefühle und Übertragungs-Phantasien. Dieses Erleben bei der Wiederbegegnung fand sich auch in anderen Analysen, die ich durchgeführt oder supervidiert habe wieder und in Behandlungsberichten in meinen Workshops zum Thema Abschied.

Vignette: Ich habe meine längste analytische Behandlung über zwölf Jahre mit einer bei Beginn 24-jährigen Patientin mit einer traumatisch bedingten Bulimie durchgeführt und durchlitten. Elf Jahre kämpften wir nach erfolglosen stationären und ambulanten Vorbehandlungen gegen Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht und

gegen die Macht der Erkrankung, zeitweise auch um Leben und Tod, als sie nach einer Magenblutung durch das Erbrechen nur durch Bluttransfusionen gerettet werden konnte. Im zwölften Jahr gelang die Wende, die wir uns nur bedingt auf einer expliziten Ebene erklären konnten. Sie ging zum ersten Mal eine stabile Partnerschaft mit einem erheblich älteren Mann ein, es kam nur noch zu vereinzelt Brechanfällen, sie konnte ihre Dissertation beenden. Meine grosse Sympathie für die Patientin hat die Behandlung getragen und hat nicht nur bei der Patientin, sondern auch mir die Abschieds-Zeit und vor allem die letzte Stunde mit einem weinenden, aber auch lachenden Auge schwer gemacht. Sie hatte den Zeitpunkt der letzten Stunde mit der Verteidigung ihrer Summa-cum-laude-Dissertation verknüpft. Auch ich hatte bei der letzten Stunde mehr als nur eine Träne im Auge, sie weinte immer wieder und zeigte gleichzeitig ihre Zuversicht, es schaffen zu können. Ihr Abschiedsgeschenk war ihre als Buch erschienene Arbeit, die wir immer wieder als gemeinsames Kind verstanden haben. Zuletzt bat sie um eine kurze Umarmung, die auch für mich stimmig war, aber sonst nicht zu meinem Vorgehen gehört. Nach dem Abschied habe ich sechs Jahre nichts mehr von ihr gehört. Ich hatte in der Zeit immer wieder an sie gedacht und hätte gerne gewusst, wie es ihr geht. Sie rief mich dann vor fünf Jahren an und bat um einige Stunden für ein Anliegen, das sie nicht allein bewältigen könne. Wir haben uns beide beim Wiedersehen sehr gefreut und innerhalb von Sekundenbruchteilen waren wir wieder im Analyseflow und bearbeiteten ihre Trauer, sich endgültig mit 42 von ihrem Kinderwunsch verabschieden zu müssen. Dieser Kinderwunsch war bemerkenswert, weil sie über viele Jahre während der Analyse allein bei der Vorstellung, etwas würde in ihr wachsen, das sie nicht sofort extrakorporieren könne, von der Couch gesprungen und aus dem Analyse-raum geflüchtet wäre. Es waren emotional und kognitiv dichte fünf Stunden, bis sie den Eindruck hatte, es würde ihr genügen. Seitdem hat sie sich nicht mehr bei mir gemeldet.

Wenn nun die Auflösung der Übertragung nicht das entscheidende Kriterium für die Beendigung sein kann, welche Kriterien haben wir dann, falls nicht das Ende von äusseren Faktoren bestimmt wird? Ferenczi (1928) schreibt:

Die richtige Beendigung einer Analyse ist wohl die, bei der weder der Arzt noch der Pat. kündigt; die Analyse soll sozusagen an Erschöpfung [Hervorheb. G. H.] sterben. Ein wirklich geheilter Patient löst sich langsam, aber sicher von der Analyse los, solange der Pat. noch kommen will, gehört er in Analyse. (234 f.)

Kann ein Mensch am Ende einer Analyse wirklich geheilt sein, hat er endgültig alle symptomgenerierenden Konflikte bewältigt, ist er sozusagen conflict-clean? Freud (1937) hat jedenfalls die Illusion einer Heilung durch die Psychoanalyse nicht geteilt.

Gerade im Abschiedsprozess können alte Symptome und Konflikte wieder exazerbieren und auch neue entstehen. Ich habe die Erfahrung nicht gemacht, dass die Analyse stirbt, aber ich habe immer wieder erlebt, dass auf beiden Seiten sich das Gefühl verdichtet, dass sich die gemeinsamen Möglichkeiten erschöpfen, dass sich im guten Sinne das Gefühl für diese natürliche Begrenzung oft mehr implizit als explizit einstellt und der Wunsch nach Beendigung auftaucht. Der Wunsch der Patient:innen weiter zu kommen, kann nicht allein das Kriterium sein.

Wenn es auch wohl keine harten objektivierbaren Kriterien gibt, wann der Zeitpunkt für einen «guten Abschied» am Horizont auftaucht, gibt es wohl Hinweise und Fingerzeige, wie z. B. Träume.

Herr H., 37 Jahre, träumt nach vier Jahren Psychoanalyse über seinen Analytiker:

Ich fahre mit Ihnen im Auto auf dem Beifahrersitz durch einen dunklen Wald, plötzlich halten Sie, um auszutreten. Ich warte und warte, Sie kommen nicht zurück. Erst mache ich mir grosse Sorgen, dann werde ich wütend und denke mir, sollen Sie doch bleiben, wo der Pfeffer wächst. Ich nehme meine Tasche, gehe zu Fuss ins nächste Dorf und nehme dort einen Bus, der gerade einfährt.

Herr H. war während seiner ganzen Pubertät als Partner und Retter seiner Mutter parentifiziert worden, von der er sich mit 20 gewaltsam äusserlich ablöst, ohne innerlich abgelöst zu sein.

Auch der Wunsch nach Stundenreduktion kann als progressiver Schritt gesehen und muss nicht per se als Widerstand interpretiert werden. Das Eingehen einer neuen Partnerbeziehung, ein häufigeres Phänomen im Abschiedsprozess, kann auch diesen Doppelcharakter von Progression und Widerstand gegen die Angst vor Abschied und Verlust der Therapeut:in tragen. Wäre es nicht tragisch, wenn der/die Patient:in im Gesicht der Analytiker:in nicht die Freude über solche Entwicklungsschritte in die Autonomie und Bindung sieht, sondern nur die Widerstandssorgenfalten? In der Gegenübertragung kann auch das Gefühl auftauchen, nicht mehr gebraucht zu werden. Es fällt oft gar nicht so leicht, das auszuhalten. Nach meiner Auffassung gibt es diese und andere oft impliziten Hinweise dafür, wann es Zeit ist, gemeinsam den Zeitpunkt der letzten Stunde zu bestimmen. Wir müssen uns damit begnügen, dass es objektive

Kriterien wohl nicht geben wird. Der richtige Zeitpunkt lässt sich nicht über Fragebögen bestimmen.

2.2 *Das Wie der Abschiedsdynamik: Welche Arbeitsmodelle von Abschied sind im analytischen Paar wirksam?*

Die Analytiker:innen beeinflussen durch ihr Geschlecht, ihre Biografie, ihr Unbewusstes und ihren Körper die Ausgestaltung des Übertragungsfeldes. Dieser Einfluss ist unvermeidlich, das ist spätestens mit der intersubjektiven Wende zum Mainstream geworden. Damit muss auch das innere Arbeitsmodell der Behandler:in vom Abschied, das sich aus Theorien, Phantasien und Erfahrungen etc. gebildet hat, die Dynamik des Abschiedsprozesses kokreieren. Diana Pflighthofer (2013) hat das gut herausgearbeitet. Ich möchte nun ihr folgend einige dieser Modelle und deren möglichen Folgen betrachten:

Verluste, verbunden mit Trauer und Schmerz, sind unvermeidliche Erfahrungen im Leben und notwendiger Anstoss für Entwicklung. «Trauer muss sein» (Auchter, 2002, S. 106). Bei dieser Haltung klingt eine christlich-protestantische Auffassung vom Leiden an, Leiden als basale Menschenerfahrung und als eine Art Läuterung, die das Tor zum Paradies öffnet. Auf den therapeutischen Prozess angewendet, kann diese Haltung eine alte psychoanalytische Vorstellung zementieren, dass Frustration und Schmerz die primären Entwicklungsanstösse sind und damit andere Anstösse wie Autonomiewunsch, Neugier, Reiz, Liebe in den Hintergrund geraten. Mit Pflighthofer gesprochen:

«Daher würde ich der Formel <Trauer muss sein> jene von <Trauer bleibt uns nicht erspart> vorziehen. Sie ist immer noch ein notwendiges Übel, etwas, das man sich nicht von sich aus wünschen würde.»
(Pflighthofer, 2013, S. 205)

Mit einer Haltung, die das Leid idealisiert, könnte die Freude auf neue Entwicklung, das «lachende Auge» beim Abschied getrübt werden. «Wäre es nicht denkbar, dass auch wir, so wir den Trennungsprozess als große Schmerzveranstaltung verinnerlicht haben, geradewegs Trennungsangst bei unseren Analysanden auslösen» (Pflighthofer, 2013, S. 204)?

Bei Chasseguet-Smirgel wird die analytische Situation als eine Wiederbelebung der Uterussituation imaginiert. Damit wäre der Abschied das Durchschneiden der Nabelschnur (Chasseguet-Smirgel, 1988). Werden Patient:innen damit nicht infantilisiert? Darüber hinaus ist ja der von der Plazenta getrennte Säugling nicht allein lebensfähig.

Ich möchte damit nicht den Abschiedsschmerz leugnen oder ihn bagatellisieren, ich wehre mich nur dagegen, ihn zu dramatisieren. Bei der gemeinsamen Bewältigung der Tatsache, dass sich die Protagonisten erst einmal nicht wiedersehen, geht es auf beiden Seiten auch um das Abtrauern der Omnipotenzphantasie, die im Zauber des Anfangs die gemeinsamen Möglichkeiten als unendlich erscheinen lässt. Beide müssen versuchen, in einer gemeinsamen depressiven Position dankbar zu sein über das Erreichte. Die notwendige Entzauberung vermittelt sich auch durch ehrliche Rückschau in der Abschiedsphase. Dabei kann bei beiden Protagonisten der Widerstand dagegen lebendig werden, den Blick auf das zu richten, was noch nicht erreicht ist. Die Dynamik kann dabei oszillieren zwischen einer gemeinsamen Imagination, wie das noch nicht Erreichte in dem Prozess nach der letzten Stunde verwirklicht werden könnte, und der Wut und Trauer darüber, was noch nicht erreicht ist oder vielleicht auch nie erreicht werden kann.

Der Abschied in der Psychotherapie wird auch mit Sterben und Tod gleichgesetzt. Bei dieser Aufladung mit Bedeutungsschwere muss sich eine Patient:in insuffizient erleben und wird potenziell insuffizient erlebt, wenn die Abschiedstrauer kein Sturm, sondern nur ein lauer Wind ist und nicht als existentielle Erfahrung erlebt wird. Mit Pflichtenhofer frage ich: Was stirbt denn beim Abschied? Mit dem Ende der Arbeitsbeziehung stirbt ja nicht die Beziehung. Warum auch? Wenn die Persistenz der Bindung an diesen wertvollen Anderen die weitere Entwicklung behindert und nicht wohlthuend als inneren Dialog begleitet, war die letzte Stunde möglicherweise zu früh.

Ich sehe diese diversen Arbeitsmodelle nicht alternativ, sie beschreiben mögliche Teilaspekte der Realität Abschied.

Die Modelle der Therapeut:innen treffen auf die Abschiedsmodelle der Patient:innen und wirken an der Gestaltung des Übertragungsfeldes der letzten Stunde mit. Schon in der Exploration am Anfang ist es möglich, eine innere Karte der bisherigen Abschiede der Patient:innen zu entwerfen, zu denen auch bedeutsame Entwicklungsschwellen gehören, die immer auch Trennungen vom Bisherigen bedeuten. Die Vorstellung von der Trennungskapazität und Trennungskompetenz der Patient:innen verdichtet sich auch in der Reaktion auf Urlaube oder Krankheitszeiten. An der Art und Weise der Bewältigung oder Nichtbewältigung dieser vorhergehenden Abschiede lassen sich Schwierigkeiten antizipieren, die im finalen Abschiedsprozess auftreten können. Mit dem Abschied von der Analytiker:in entsteht aber auch die Chance, vorangegangene, nur teilweise verarbeitete Abschiede nachzubearbeiten.

Es hat sich nach meiner Erfahrung als hilfreich erwiesen, die Patient:innen anzuregen, die letzte Stunde in der Vorstellung vorzubereiten und Wünsche an die letzte Stunde zu entwickeln. Notwendigerweise muss das Thema «die letzte Stunde» öfter aktiv

von der Analytiker:in wachgehalten werden. Wir können unseren Patient:innen nicht verdenken, dass sie den möglichen Schmerz und die Angst vor der Zeit danach immer wieder abzuwehren versuchen, und sie brauchen die explizit gezeigte Einfühlung in eine Entwicklungsaufgabe, die Martin Bergmann so beschreibt:

Im realen Leben gibt es drei Arten, wie Beziehungen aufhören: durch geographische Trennung, durch Umwandlung einer freundschaftlichen oder Liebesbeziehung in eine feindselige [oder gleichgültige, G. H.] oder durch den Tod. Vom Analysanden jedoch wird erwartet, dass er eine Trennung von jemandem zustande bringt, den er liebt und dem er dankbar ist. Alle Lebenserfahrung läuft einer solchen Beendigung zuwider. (1998, S. 315)

Es gibt Menschen, die können schon vor der Abfahrt auf dem Bahnsteig trauern, wenn der wichtige Andere in den Zug eingestiegen ist. Andere haben die Tränen erst in den Augen, wenn die Schlusslichter des Zuges verschwinden. Dies gilt auch für die letzte Stunde.

Die Erfahrung, die Bergmann beschreibt, müssen viele Analytiker:innen am eigenen Leib nicht erleben, die ihre Lehranalyse am gleichen Institut absolvieren und ihren Lehranalytiker:innen auf verschiedenen Ebenen als Kolleg:innen weiter begegnen. Die institutsinterne Lehranalyse ist in vielen Ländern Standard. In diesen potenziell unvollständig bearbeiteten Abschiedsprozessen in der Lehranalyse könnte auch die Scheu begründet sein, sich mit diesem Thema eingehender zu beschäftigen, weil damit die eigenen unbewältigten Gefühle lebendig werden könnten. Die fehlende Ablösung und die Enttäuschung über die Lehranalyse beeinflussen die Atmosphäre in den Gremien der Institute.

Ein Thema der letzten Stunde ist der Umgang mit Geschenken. Ich bekomme eher selten etwas geschenkt, eine Erfahrung, die mich eher erleichtert. Ich nehme Geschenke, deren Wert nicht mein Mass übersteigt, mit Freude entgegen. Ich packe auch die Geschenke, die oft mit Überlegung und auch Liebe ausgewählt worden sind, noch in Anwesenheit der Patient:innen aus. Es gelingt mir meistens, mich zu freuen, auch unabhängig vom Inhalt des Päckchens, weil ich mich über die Dankbarkeit freuen kann. Natürlich kann mit Geschenken ausser Dankbarkeit auch Aggression transportiert werden, die aber in einer letzten Stunde nicht mehr gedeutet werden kann und soll, weil die Nachwirkungen von Deutungen über die Ambivalenz des Schenkens nicht absehbar sind. Auf ein Buchgeschenk würde ich nicht deutend so antworten: «Sie haben wohl den Eindruck, ich hätte zu wenig gelesen.»

2.3 *Einige Vignetten für letzte Stunden, die zeigen, wie vielgestaltig die Prozesse sind und nicht in einem Standardvorgehen zu fassen sind*

Ich habe bei den folgenden Vignetten auf eine ausführlichere Deutung der dargestellten Prozesse verzichtet, weil Hypothesen über den Prozess von letzten Stunden den Nachteil haben, nicht überprüft werden zu können:

Die 58-jährige Frau A. wurde in den letzten Monaten nach sechs Jahren intensiver Analyse beim Sprechen über den Abschied immer wieder von Schluchzen und Angst geschüttelt. Die Angst, es nicht alleine schaffen zu können, wurde immer wieder durch das zaghafte Gefühl von Zuversicht gefärbt mit der Wiedererinnerung an andere schwere Momente in ihrem Leben, die sie überstanden hat. Diese Erinnerungsressourcen waren immer wieder Thema der Arbeit in den letzten Wochen. Der Schmerz hat aber ihre Entscheidung, den Zeitpunkt der letzten Stunde durch das Auslaufen der Kassenfinanzierung festzulegen, nicht infrage gestellt, obwohl es die Möglichkeit für eine Eigenfinanzierung gab. Auch in der letzten Stunde konnte sie immer wieder vor Schluchzen kaum sprechen. Beim Rausgehen sagte sie: «Ich weiss nicht, ob ich Sie nicht morgen schon anrufen muss.» Sie hat nicht angerufen, die Analytikerin hat nie mehr von ihr gehört. Mich als Supervisor überraschte dieses Verhalten, da die Patientin trennungstraumatisiert war und dieses Trauma natürlich nur partiell bearbeitbar gewesen war. Als Säugling verbrachte sie aufgrund einer angeborenen Herzerkrankung durch Operationen im ersten Lebensjahr viele Wochen im Krankenhaus in einer Zeit, in der «rooming-in» nicht einmal als Begriff existierte. In Urlaubspausen brauchte sie immer ein Übergangsobjekt, um psychisch die Trennung von der Analytikerin zu überleben, wie sie sagte. Zum Abschied hatte ihr die Analytikerin das Analysekopfkissen als Übergangsobjekt angeboten, was sie fast gierig an sich gerissen hatte.

Eine 19-jährige Patientin, die ab dem 16. Lebensjahr wegen einer Anorexie, bei der sie sich einige Zeit mit einem BMI von 17 am Rand des Abgrunds bewegt hatte, bei einer Kollegin in Analyse war, brachte zur letzten Stunde einen Kuchen und Kaffee in der Thermoskanne mit. Das gemeinsame Kaffeetrinken hatte sie schon vorher angekündigt und die Behandlerin hat sich trotz Bedenken, die auch Thema der Supervision waren, auf dieses Arrangement eingelassen. Der von der Patientin selbst gebackene Kuchen war lecker und Frau S. war sichtlich stolz, als ihrer Analytikerin der Kuchen schmeckte. Auf die Bemerkung der Analytikerin, sie freue sich über den Kuchen, aber sie freue sich auch, dass die Patientin mit Genuss mitgegessen hatte, wurde die Patientin einsilbig und zog sich in ihr Schneckenhaus zurück. Als die Analytikerin sie auf die Stimmungsveränderung ansprach, konnte die Patientin sagen, sie habe bei dieser Bemerkung das Gefühl gehabt, die Analytikerin übe wieder Kontrolle aus wie ihre Mutter, und sie habe das Gefühl verloren, dass der Therapieerfolg und ihr Prozess

ihre Leistung gewesen sei. Nach dem Durchsprechen dieser Szene packte die Patientin den übrigen Kuchen wieder ein und die beiden konnten sich gut verabschieden. Beide hatten Tränen in den Augen.

Eine 28-jährige Patientin, die am Anfang der Behandlung auf Borderline-Strukturniveau agierte, entwickelte sich sehr gut im Rahmen der 300 Stunden tendenziell übertragungsfokussierter Psychotherapie. Sie machte ihr Abitur nach, begann mit einem Studium und lebte in einer wechselseitig turbulenten Beziehung zu einer Frau, die aber den Stürmen standhielt. Aus ihrer hochbelasteten Entwicklungsgeschichte konnte einiges nachbearbeitet werden und die Struktur hatte sich deutlich verbessert. Aber der Suizid ihrer Mutter in ihrem 15. Lebensjahr blieb weiter affektisoliert. Die von Geburt an alleinstehende Mutter hatte die Tochter viele Jahre als Partnerin parentifiziert. Im letzten halben Jahr vor dem Ende reagierte die Patientin immer heftig, wenn der Analytiker das Abschiedsthema, z. B. vor dem Sommerurlaub, ansprach. «Was haben Sie denn immer mit dem Trennungsthema, Sie nehmen sich viel zu wichtig. Beim Zahnarzt weint man doch auch nicht, wenn der in Urlaub geht.» In anderen Stunden, in denen der Analytiker nicht mit dem Abschiedsthema nervte, war das motzige, aversive Auftreten, das die Anfangsatmosphäre bestimmt hatte, nicht mehr erkennbar. Sie war explizit dankbar für ihre persönliche Entwicklung in der Therapie. Aber zur letzten Stunde erschien sie nicht. Der Analytiker in Ausbildung ärgerte und sorgte sich gleichzeitig. Für Suizidgefahr gab es in der letzten Behandlungsphase keinerlei Hinweis. Er versuchte per SMS und Brief Kontakt aufzunehmen, bekam aber keine Antwort. Mir fiel als Supervisor der Beatles-Song «She's leaving home» ein, in dem ein Mädchen um fünf Uhr früh heimlich ohne Abschied ihr Elternhaus verlässt. Über einen Kollegen vom sozialpsychiatrischen Dienst, an den die Patientin locker angebunden war, erfuhr der Ausbildungskandidat aber, dass es ihr ganz gut gehe. Nach acht Monaten erreichte ihn eine sehr knapp gehaltene SMS: «Ich mache jetzt gerade Prüfungen, bin aber ganz stabil. Ich weiss, dass ich mit dem Wegbleiben Mist gebaut habe, aber Sie wissen doch, das mit dem Abschied kann ich nicht. Danke für alles und Sie können mir eine Ausfallrechnung stellen. Kann ich mich nach der Kassenkarenz wieder melden, meine Eifersucht hat seit dem Ende sehr zugenommen.» Nach zwei Jahren nahm die Patientin einen intensiven einstündigen tiefenpsychologischen Prozess auf, in dem es um die Trauer um die Mutter ging, aber auch um die innere Leerstelle «Vater», und es konnte bearbeitet werden, dass es bei den Eifersuchtsphantasien um die Suche nach dem Dritten ging. Diesmal erschien die Patientin zur letzten Stunde.

Ein 34-jähriger IT-Fachmann hatte die 300 Stunden der Analyse eher als ein «Reparaturprogramm» verstanden. In seinem persönlichen «Update» konnte er sich aber deutlich von seinen Eltern lösen, erstmals eine stabile Partnerbeziehung ein-

gehen und partiell seine Empathie verbessern. Aber die Versuche der Analytikerin, den Abschied zu thematisieren, trafen auf Unverständnis. «Was haben Sie immer mit dem Abschied? Wir sind doch nur ein Arbeitsteam.» In der letzten Stunde erschien er mit einem überdimensionalen Blumenstraus, hinter dem sein Gesicht fast völlig verschwand. Er setzte sich, sprach über sein bevorstehendes Wochenende mit der neuen Partnerin. Nach einer Viertelstunde stand er auf und meinte: «Es ist doch jetzt alles gesagt, wir müssen das nicht künstlich verlängern, den Rest der Stunde schenke ich Ihnen.» Er gab ihr mit einem Lächeln die Hand, bedankte sich für alles und ging. Die Kollegin war so verblüfft, dass sie fast nur noch stammeln konnte: «Auch Ihnen alles Gute.» Sie hörte nie mehr von ihm.

Eine bei Analysebeginn 60-jährige Hausfrau war nach dem Auszug der beiden Töchter in eine Depression gerutscht, die wohl auch der Anlass war, dass sich der Mann nach 35-jähriger Ehe von ihr trennte. Die Verluste ihres Lebens und alte eingefrorene Trauer waren die Hauptthemen der Stunden bei mir. In der Abschiedsphase bekam sie Kontakt zu einer Frauengruppe, die ein gemeinsames Wohnprojekt plante, was sie sehr belebte. In der letzten Stunde erzählte sie begeistert vom letzten Treffen der Gruppe, hielt dann kurz inne und sagte: «Sie meinen jetzt sicher, ich vermeide mit meiner Euphorie die Abschiedstränen, aber ich bin heute eher in der Zukunft, der Blick in die Vergangenheit war lange genug.» Sie verabschiedete sich lächelnd, aber auch spürbar bewegt, sie hielt meine Hand eine Idee länger als gewohnt.

Viele letzte Stunden waren so unspektakulär wie in der letzten Fallvignette. Mit den Vignetten wollte ich zeigen, dass jeder Abschied einzigartig sein muss und dass es keine Technik oder kein Manual für die letzte Stunde geben kann. Aber es gibt Hinweise auf eine hilfreiche Haltung der Analytiker:in für diese letzte Stunde:

Es gilt Zuversicht zu aktivieren in die Fähigkeit der Patient:innen, den Abschied zu bewältigen und sich weiterzuentwickeln. Es gibt Fälle, in denen diese Zuversicht viel Arbeit in der Gegenübertragung erfordert. Sorgenfalten, Stirnrunzeln und ein erhobener Zeigefinger sind nicht hilfreich. Aber wenn man um die Entwicklungspotenz im postanalytischen Prozess weiss, den ich noch darstellen werde, fällt die Zuversicht leichter.

Nach meiner Ansicht wäre es auch ein zu eng geführter Begriff von Abstinenz, wenn die Analytiker:in ihre Trauer nicht zeigen und verbalisieren würde. Natürlich ist die Trauer unterschiedlich deutlich, nicht alle Patient:innen wachsen uns in gleicher Weise ans Herz. Aber was muss es für Patient:innen mit Abschiedstrauer und Schmerz bedeuten, auf ein zumindest mimisch unbewegtes Gegenüber zu stossen und damit annehmen zu müssen, für das Gegenüber vielleicht nie eine Bedeutung gehabt zu haben?

Ich folge den Novicks mit dem Prinzip, einen guten und versöhnlichen Abschied zu gestalten, soweit es halt möglich ist. Manche Patient:innen müssen Wut und Entwertung aktivieren, um gehen zu können. Ein einigermaßen guter Abschied sichert die Persistenz des Therapieerfolges, das haben Studien gezeigt (siehe z. B. Craigie, 2009).

3 Die Zeit danach

3.1 Der postanalytische Kontakt

Über 90 Prozent meiner Langzeitpatient:innen haben sich nie mehr bei mir gemeldet. Ich bedauere das. Bei vielen hätte ich gerne gewusst, wie sie ihr Leben weitergelebt haben. Aber ich werte das Verhalten bei aller Vorsicht als ein Zeichen, dass das Erreichte «good enough» war. Winnicott entlastet mit seiner Vorstellung von einer «good enough mother» (Winnicott, 1953, S. 92) nicht nur Mütter, sondern auch Psychoanalytiker:innen. Entlastend kann auch wirken, dass Analytiker:innen nach Leuzinger-Bohleber (2001) das Behandlungsergebnis deutlich schlechter beurteilen als die Behandelten.

Ich schlage von mir aus keine weiteren Treffen oder Kontakte vor, dies wird von Kolleg:innen verschieden gehandhabt. Ich rate aber als Supervisor und in meinen Seminaren zum Abschied, den Patient:innen mindestens ein halbes Jahr Zeit zu lassen, ihre Schritte ohne Therapie im Hintergrund zu tun und die möglichen Gefühle von Abschiedsschmerz und Angst durchzustehen. Eine Ausnahme mache ich von Fall zu Fall bei trennungstraumatisierten Patient:innen, denen ich mitteile, dass ich vorhabe, meine Praxis noch einige Jahre weiterzuführen, und nicht vorhabe, meine Telefonnummer zu ändern.

Selbstverständlich informiere ich die Patient:innen über die Kassenregelung in Deutschland, die eine Karenzzeit von zwei Jahren vorsieht, bis eine neue Psychotherapie beantragt werden kann, wenn nicht in dieser Karenzzeit eine dringende Indikation für die Weiterbehandlung besteht.

3.2 Abstinenz

Die bundesdeutschen Institute, die der deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie (DGPT) angehören, haben in ihren Ethikrichtlinien festgelegt, dass das Abstinenzgebot nicht mit dem Ende der Arbeitsbeziehung endet. Der Abstinenzzeitraum ist unbegrenzt. Aber die Berufsordnung des Bundes deutscher Psychotherapeuten (BDP) setzt z. B. eine Frist von einem Jahr, bis Liebes- und oder sexuelle Beziehungen des früher therapeutischen Paares ethisch vertretbar seien. Die mir bekannten Untersuchungen zu diesem Thema zeigen aber, dass diese Liebespaarbildung für die Patient:innen potenziell psychisch schädlich und pathogen ist. Diese

Schädlichkeit ist aber am Anfang nicht immer erkennbar. Ich war überrascht, von Frau Schleu vom Ethikverein München über Studien zu hören, die zeigen, dass auch die Aufnahme von Freundschaftsbeziehungen potenziell pathogen sein könne. Was bedeutet es in diesem Kontext, wenn Lehranalytiker und ehemalige Lehranalytandin auf dem festlichen Abend am Institutskongress miteinander tanzen, nachdem sie eine Arbeitsgruppe geleitet haben?

3.3 Postanalytische Entwicklungsdynamik

Leuzinger (2001, S. 251) führt aus:

Wie in der Stockholmer Untersuchung zeigt sich auch in unserer Studie, wie wichtig die postanalytische Phase für den Therapieerfolg ist. 60% der 128 ehemaligen Patienten entwickelten sich, nach Einschätzung der Rater und der psychoanalytischen Experten nach Abschluss der Behandlung <deutlich>, 26% <etwas> weiter.

Auf Details kann ich aus Platzgründen nicht eingehen. Das Untersuchungsergebnis und eigene Erfahrungen, dass sich so viele Patient:innen in den zwei bis drei Jahren nach Analyseende dynamischer weiterentwickeln als in anderen Lebensphasen, bestärkt mich darin, die analytische Phase und die postanalytische Phase als ein Entwicklungskontinuum zu betrachten. Damit verändert sich auch der Blick auf den Entwicklungsstatus quo der letzten Stunde. Ich rege auch meine Workshopteilnehmer:innen an, die Patient:innen über die Phase der Verunsicherung in der ersten Zeit, aber auch über die Entwicklungsmöglichkeiten in diesen Jahren aufzuklären. In der erwähnten Studie wurde der in den Katamneseinterviews beschriebene innere Dialog mit der Analytiker:in und die postanalytische Entwicklungsdynamik nicht korreliert, aber ich nehme an, dass diese Phänomene in einem ursächlichen Zusammenhang stehen.

Viele Praktiker:innen kennen auch das Phänomen, dass bestimmte Entwicklungsschritte von Patient:innen erst möglich sind, wenn sie das Behandlungszimmer verlassen haben. Mit einer Fallgeschichte, die mich nachhaltig beeindruckt hat, schliesse ich.

Vignette: Eine bei Behandlungsbeginn 39-jährige Patientin kam primär zu mir in Analyse, um ihre Probleme mit ihrem bisher vergeblichen Kinderwunsch zu bearbeiten. Weiter litt sie unter Beschwerden einer schon viele Jahre bekannten Endometriose, die neben dem Alter eine Schwangerschaft sehr infrage stellte. Sie hatte schon mehrere Jahre trotzdem versucht, mit ihrem Partner unter hohem Druck schwanger zu werden. Der anfängliche Fokus veränderte sich dann schnell und die hochaufgeladene Beziehung

zu ihrem Vater reinszenierte sich auch in der sehr lebendigen analytischen Beziehung und konnte einigermaßen gut bearbeitet werden. Sie konnte auch dann Trauer um den vergeblichen Kinderwunsch zulassen und verarbeiten, als sie gegen Ende der Analyse bei einer Endoskopie erfuhr, dass ihre Eileiter von der Endometriose eingebackten seien und die Chance einer Schwangerschaft gegen Null gehe. Wir bekamen einen guten Abschied hin trotz der manchmal heftigen Dynamik. Ein Jahr nach der letzten Stunde bekam ich eine Karte mit dem Foto eines properen Säuglings.

Literatur

- Auchter, T. (2002). Ende ist ein Ende – und wieder keines. In P. Diederichs (Hrsg.), *Die Beendigung von Psychoanalysen* (S. 92–113). Psychosozial-Verlag.
- Bergmann, M. S. (1998). Die Beendigung der Psychoanalyse: die Achillesferse der psychoanalytischen Behandlungstechnik. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 13, 3, 309–322.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1988). *Zwei Bäume im Garten. Zur psychoanalytischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder*. Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Craige H. (2009). Termination Without Fatality. *Psychoanalytic Inquiry* 29(2), 101–116.
- Diederichs, P. (2006). *Die Beendigung von Psychoanalysen und Psychotherapien* (S. 227–236). Psychosozial-Verlag.
- Ferenczi, S. (1928). Das Problem der Beendigung der Psychoanalysen. *Schriften zur Psychoanalyse. Bd. II*. Fischer.
- Freud, S. (1918b). Aus der Geschichte einer kindlichen Neurose. *GW XVI*, S. 27–157.
- Freud, S. (1919a). Wege der psychoanalytischen Therapie. *GW XII*, S. 183–194.
- Freud, S. (1937). Die endliche und die unendliche Analyse. *GW XVI*, S. 59–99.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien *Psyche*, 55, 3, 193–276.
- Mertens, W. (1990). *Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd. 2*. Kohlhammer.
- Novick, J. & Novick, K. (2006). *Ein guter Abschied*. Brandes & Apsel.
- Pflichthofer, D. (2013). Das Ende der Analyse und postanalytische Beziehung. *Forum der Psychoanalyse*, 29, 201–222.
- Rieber-Hunscha, I. (2004). *Das Beenden der Psychotherapie*. Schattauer.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1996). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. 2. Aufl. Springer.
- Winnicott, D. W. (1953) Transitional Objects and Transitional Phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89–97.
- Wittenberg, I. (2002). Die Beendigung der Therapie. *Zeitschrift für Kinderanalyse*, 9, 2, 162–184.

Angaben zum Autor

Gerhard Hummel, Jg. 1949 und Facharzt für Psychotherapie, arbeitet als Psychoanalytiker in eigener Praxis. Seit 25 Jahren Lehranalytiker, Dozent und Supervisor für die Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychotherapie und Psychoanalyse (MAP) und für die DGPT. Publikationen zu Migration und zu Thomas und Heinrich Mann. Weitere Interessenschwerpunkte: Erotische Übertragung und Gegenübertragung und Ethik.

E-Mail: g.hummel123@web.de