



Zuhören, hinhören – aufhören

Mirna Würzler (Zürich)

Zusammenfassung: Im Übergang zum Rentenalter beschloss ich, meine Berufstätigkeit bald zu beenden, um mir mehr Freiraum für andere Interessen zu verschaffen. Ich beschreibe, wie ich das Aufhören angehe, wie meine Patient:innen darauf reagieren und wie ich versuche die aufkommenden Themen, Aktionen, Verwirrungen und Emotionen im Lichte des Abschieds zu verstehen. Nachträglich scheint es mir, als wirkte auch mein eigener Trauerprozess gestaltend mit, wie Freud ihn beschrieb: «Jede einzelne der Erinnerungen und Erwartungen, in denen die Libido an das Objekt geknüpft war, wird eingestellt, überbesetzt und an ihr die Lösung der Libido vollzogen» (Freud, 1917, S. 63). Ich hebe einzelne Gedanken von Theoretiker:innen hervor, die mir besonders hilfreich waren, und lasse mich von Gedankengängen leiten, die sich im Hin und Her des therapeutischen Prozesses ergeben.

Schlüsselwörter: Beendigung von Therapien, Abschied, Trauerprozess

Vergänglichkeit

Die Zeit schreit, las ich unter der Sonnenuhr an einer Gebäudemauer der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich «Burghölzli», wo ich einen Patienten besuchte, der wegen einer psychotischen Krise Zuflucht gesucht hatte. Ich war erstaunt ob dieser Inschrift, die – so vermutete ich – die Not vieler Patient:innen in einer heftigen und doch poetischen Weise ausdrückte. Ich fragte mich jedoch, ob gewisse Patient:innen nicht irritiert bis verängstigt darauf reagierten. Doch als ich mich näherte, entwickelte sich die Schriftzeile zu: *Die Zeit schreitet voran*. Eine einfache Feststellung der verrinnenden Zeit, und darüber hinaus eine Anspielung auf unsere Vergänglichkeit. Die Dramatik und Verwirrung war durch einen Verleser meinerseits entstanden. Mein Patient hingegen empfing mich auf der Station mit einer mich beeindruckenden und berührenden Klarheit: Er stellte zwei Stühle in eine von der Betriebsamkeit der Klinik abgeschirmte Nische des Flurs, in Winkel und Abstand ähnlich angeordnet wie die zwei Sessel in meinem Praxisraum, und begann zu erzählen, wie es ihm ergangen war, was ihn quälte und beschäftigte.

Offenbar hatte ich mich auf dem Hinweg in meinen Phantasien und Gedanken auch mit dem beschäftigt, was mir der Patient mitgeteilt hatte ohne davon zu sprechen. In meiner Wahrnehmung der Schrift an der Wand verband ich ein Teilstück, das von grosser Not zeugte und Rätsel aufgab, weil es von dem ganzen Satz getrennt war, mit einer alltäglichen Aussage, welche darüber hinaus über die Bedingung unserer menschlichen Existenz sprach. Diese innere Beschäftigung war mein Beitrag zu der Gesprächsmöglichkeit, die uns der Patient in der ungewohnten Umgebung anbot.

Bollas (1997) beschreibt in seinem Buch «Der Schatten des Objekts. Das unge dachte Bekannte», wie wir versuchen können, mit demjenigen Teil der Patient:innen in Kontakt zu treten, den sie selber nicht anhören möchten oder können, indem wir unseren eigenen Gegenübertragungsreaktionen Raum geben:

Nach unserem heutigen Verständnis der Übertragung stellt die Gegenübertragung des Psychoanalytikers die andere Quelle der freien Assoziation des Analysanden dar, und sie hat ein solches Gewicht, dass wir, um den Patienten zu finden, ihn in uns selbst suchen müssen. Dies macht unmissverständlich deutlich, dass es in den Sitzungen zwei «Patienten» und daher zwei einander ergänzende Quellen der freien Assoziation gibt. (S. 211f.)

Bei meiner therapeutischen Arbeit beschäftigte mich immer wieder damit, wie ich die eigenen Gedanken, Gefühle und Phantasien ins Spiel bringe und so zur Verfügung stelle, dass die Patient:innen sie verwenden können. Diese Fragen stellen sich bei jedem therapeutischen Prozess, jeder Person, in jeder Sitzung neu. Und obwohl die Verantwortung dafür primär bei mir liegt, bin ich eben so sehr auf mein Gegenüber angewiesen. Kommt hinzu, dass Deutungen zwar manchmal lange angedacht werden, dann aber doch ganz anders herauskommen oder überhaupt sich ungeplant und spontan im Hin und Her ergeben.

Im Übergang zum Rentenalter wollte ich mir mehr Freiraum verschaffen für meine anderen Interessen, zum Beispiel das Schreiben. Ich verliess mich darauf, dass sich die laufenden psychotherapeutischen Prozesse im Einverständnis mit den Patient:innen bald beenden liessen. Doch dem war nicht so. Vorerst wuchs unbemerkt meine Ungeduld, und ich litt mehr als sonst unter den Belastungen, die der Beruf der Psychoanalytikerin mit sich bringt. Deshalb beschloss ich, mehrere langjährige Therapien innert Jahresfrist zu beenden, auch wenn wir zuvor das Ende noch nicht gemeinsam ins Auge gefasst hatten.

Ich entwickelte die These, die Beendigung des therapeutischen Prozesses von meiner Seite könnte wie ein strukturierendes Nein wirken – so wie das Nein der Mutter

oder des Vaters die Entwicklung des Kindes zu einem sprechenden, in Beziehung tretenden Wesen ermöglicht (René Spitz, 1957). Damit war die Hoffnung verknüpft, mit den angekündigten Beendigungen noch einen letzten Entwicklungsschritt zu ermöglichen.

Es war schwieriger als ich dachte, den Patient:innen mitzuteilen, dass ich meine Berufstätigkeit aufgeben, beziehungsweise stark reduzieren und ihre Therapien somit beenden würde. Ich hatte den Eindruck sie damit anzugreifen. Es bereitete mir Schuldgefühle, nicht dem Ideal zu genügen, eine Psychoanalyse oder psychoanalytische Therapie abzuschließen, wenn alles Wichtige bearbeitet worden war oder zumindest dann, wenn beide Beteiligten das Ende herbeiführen möchten. Oder können wir auch *genügend gute* Psychoanalytikerinnen und Psychotherapeuten sein? Jacques Press (2009) findet in der Auseinandersetzung mit dem Ende der Analyse folgende Worte:

Ich persönlich habe den Eindruck, dass in vielen Behandlungen etwas ganz Zentrales auf dem Spiel steht und dass, wenn dies einmal bearbeitet ist, es besser ist, die Dinge auf sich beruhen zu lassen. Besser ist eine gute «unvollständige Analyse» als eine vollständige Analyse unter einem Druck des Analytikers und seiner idealen Erwartungen. (S. 404)

Ich würde anfügen, jede Psychoanalyse bleibt «unvollständig», nicht nur wegen der niemals ruhenden psychischen Tätigkeit, sondern auch wegen der existentiellen persönlichen Beschränktheit der Psychoanalytikerin.

Noch kein Ende in Sicht

«*Was für ein Schlag*», war die erste Reaktion meiner Patientin, Frau E, als ich ihr ankündigte, ich gedenke unsere Therapiesitzungen nächstes Jahr von zwei Wochenstunden auf eine zu reduzieren. Ich vergass dabei zu erwähnen, dass ich mein Pensum altershalber einschränken möchte. Meist ist es im psychotherapeutischen Prozess hilfreich, einander in mehr als einer Sitzung pro Woche zu begegnen, um den aufkommenden Gefühlen, Gedanken und Wahrnehmungen genügend Raum zu geben. Bei dieser Patientin hatte ich mich jedoch entschlossen mit einer Stundenreduktion das unausweichliche Ende der Therapie einzuleiten. Ich holte in den nächsten Sitzungen nach zu erklären, dass der Grund für die Reduktion mein Alter sei, und wies die Patientin darauf hin, dass wir ja nun ein Jahr Zeit hätten um zu verstehen, was meine Ankündigung für sie bedeute und wie wir den Übergang gestalten könnten. Frau E entgegnete, ihr wäre es lieber gewesen, ich hätte eines Tages angekündigt, ab morgen hätten wir nur noch eine Wochenstunde zur Verfügung. Sie erklärte, dass sie die Zeitspanne eines Jahres nicht erfassen könne und erläuterte mir, dass Zeit für sie irgendwie gar nicht existiere. Es sei alles gleichzeitig da, das Vergangene im Gegenwärtigen. Dies war ein wichti-

ger Augenblick geteilten Begreifens ihrer inneren Empfindung, wie Vergangenes und Gegenwärtiges ineinandergriffen. Ein gemeinsamer Zugang zu ihrem Hauptthema des Ungetrennt-Seins von ihrem Sohn, von ihrem Vater, und auch zu ihren Nöten, wenn sie die Sorgen ihrer erwachsenen Kinder zu ihren eigenen machte und trotzdem nicht zu lösen vermochte, oder im Spiel mit den Enkeln selber zum Kind wurde und sich nicht von deren unermüdlichen Ansprüchen abgrenzen konnte.

Annemarie Laimböck (2007) hat dieses Zeitempfinden so beschrieben:

Bei diesen Patienten fehlt eine Einbettung der traumatischen Erlebnisse in die Lebensgeschichte, sie sind nicht auf einer Zeitachse eingeordnet. Sie schlagen deshalb, wenn sie «erinnert» werden, in die Gegenwart durch, ja sie sind dann die Gegenwart. (S. 91)

Die Patientin war im Alter von drei Monaten zu ihrer Tante in Obhut gegeben worden. Als die leibliche Mutter sie später zurückholen wollte, habe die Pflegemutter ihr Sorgerecht jedoch verteidigt. Die Patientin erinnerte sich, davon erst mit acht Jahren erfahren zu haben. Von ihrem (Pflege-)Vater sei sie behütet und beschützt worden, weshalb sie sich ihm auch heute noch besonders eng verbunden fühle. Als Adoleszente habe er jedoch von ihr verlangt, dass sie ihre leibliche Mutter auf eine kleine Insel begleite. Dort versteckte diese den Pass ihrer Tochter. Erst nach heftigen Konflikten mit ihrer leiblichen Mutter, erzählte die Patientin, sei es ihr damals gelungen, wieder heimzureisen. Dies sei eine Zerreißprobe gewesen.

Einige Zeit nach meiner Ankündigung der Reduktion auf eine Wochenstunde und etwa zwei Jahre nachdem ihr Vater gestorben war, beschloss die Patientin in ihre Heimatstadt zu reisen, um an seinem Grab Abschied zu nehmen. Als sie von dieser Reise zurückkehrte, war *ich* auf Reisen. Wir hatten die Übereinkunft, dass sie mir in der Not schreiben könne.

Sie schrieb mir, sie habe versucht ohne mich auszukommen, aber schaffe es jetzt nicht mehr, ob sie mir schreiben könne. Auf meine Bitte dies zu tun, beschrieb sie einen Altraum, in welchem sie eine Frau beinahe zu Tode würgte. Und obwohl in Gegenwart vieler Personen, habe niemand sie davon abgehalten. Sie sehe diese Person immer wieder, sei sehr beunruhigt, wisse nicht, was der Traum bedeuten könne. Auf meine Nachfragen hin, schrieb die Patientin, dass wir das Gespräch über den Traum verschieben könnten, bis ich wieder zu Hause sei. Doch da sie sich in der Not und Verunsicherung an mich gewandt hatte, wollte ich sie damit nicht alleine lassen und bot ihr eine Deutung an:

«Ich kann Ihnen meine Idee geben: Sie kommen heim von Ihrer Reise. Es war eine sehr emotionale Reise, nehme ich an. Ich bin nicht da, damit Sie mir erzählen

können, was Sie erlebt haben. Auch wenn es im Traum ihre Freundin war, denke ich, dass es um mich ging, denn würgen ist eine Anspielung auf meinen Namen. Ich glaube, dass im Traum Ihr Frust und Ihre Wut, dass ich nicht da war, reflektiert ist. Das wird niemandem Schaden zufügen. Es sind normale Gefühle. Danke für das Vertrauen. Herzliche Grüsse. MW»

Die Patientin erklärte, sie fühle sich ruhiger, obwohl Sie davon überzeugt sei, dass nicht ich im Traum gemeint sei. So wurde dieser Traum zu unserer Verbindung während der Zeit zuerst ihrer und dann meiner Abwesenheit vom Ort, an dem die Therapie normalerweise stattfand. Ich glaube, wichtig war mein Wahrnehmen ihrer Situation und womit sie zu kämpfen haben könnte. In der Folge träumte die Patientin oft von einer Person, die meine Mutter sei, also die Mutter ihrer Psychoanalytikerin. Sie rang damit, mir davon zu erzählen, wusste nicht, was sie davon halten sollte, befürchtete, dieser Person dereinst zu begegnen. Sie war sich gewohnt, Träume als Blick in die Zukunft zu interpretieren.

Ich denke, dass die «Mutter der Therapeutin» zugleich sowohl eine Verdoppelung des Mütterlichen war, das sie sich von mir wünschte, als auch eine Distanzierung von mir. Ich sollte ihr nicht zu nahe kommen, indem sie «nur» von meiner Mutter träumte. Warum aber sollte sie mich erwürgen? Und warum befürchtet sie, dieser Person in der Realität zu begegnen?

Winnicott (1974/2006) beschreibt Entwicklungsprozesse, die es dem Individuum schliesslich erlauben das Objekt zu verwenden, als Teil des Übergangs zum Realitätsprinzip. Doch um das Objekt verwenden zu können, müsse das Subjekt das Objekt zerstören. Dass das Objekt diese Zerstörung überlebe, ermögliche die Verwandlung.

Von nun an sagt das Subjekt: «Hallo, Objekt! Ich habe dich zerstört! Ich liebe dich! Du bist für mich wertvoll, weil du überlebt hast, obwohl ich dich zerstört habe! Obwohl ich dich liebe, zerstöre ich dich in meiner (unbewussten) Phantasie.» Dies ist der eigentliche Anfang der Phantasie im Menschen. (S. 105)

Die Phantasie setzt Winnicott in Gegensatz zu den Projektionen, welche das Objekt unter die omnipotente Kontrolle des Subjekts stellen. Diese Prozesse beruhen nach Winnicott nicht auf Deutungsarbeit, sondern auf der Erfahrung, dass der Analytiker den Angriff des Patienten überlebt, so dass er die Vorstellung entwickeln kann, dass auf seine Angriffe nicht Vergeltung erfolge.

Ich stelle mir vor, dass das Subjekt in seiner omnipotenten Kontrollwut über das Objekt selbst vor dessen Zerstörung nicht Halt macht, dann aber feststellen muss, dass das Objekt zum Glück eigenständig existiert und deshalb überlebt.

Das heisst, es besteht nicht ausschliesslich aus den Projektionen des Subjekts, was dieses aber erst im Nachhinein und erst allmählich erkennen kann. Von jetzt an gibt es eine ausserhalb des Subjekts existierende Realität, die es zu erkunden gilt, die Schätze und Gefahren birgt. In diesem Raum zwischen Subjekt und Objekt entsteht die Phantasie als psychische Fähigkeit, Erfahrungen in einen sinnhaften Zusammenhang zu bringen und zu begreifen.

Winnicott betont, wie wichtig es für das seelische Gedeihen ist, dass es nach der Zerstörung des Objekts nicht zur Rache oder zum wirklichen Zerfall des Objekts kommt, dass die reale Person also nicht stirbt oder verschwindet, sei es durch körperliche (Krankheit) oder psychische (Depression, Psychose usw.) Abwesenheit.

Ich finde auch wichtig, dass die für die Zerstörung des projizierten Objekts zur Erschaffung und Auffindung des realen Objekts notwendige Aggression zugelassen und erkannt werden kann. Viele Frauen haben Angst vor ihrer eigenen Aggression. Sie fürchten nicht nur das Verschwinden des Objekts oder dessen Rache, sondern das gleichzeitige eigene Verschwinden, da sie ihre Existenz vom Beifall und der Zuwendung des Objekts abhängig machen. Ich erlebe immer wieder, dass Patientinnen fast nicht vom bestätigenden Objekt loskommen, sich nicht getrauen, dieses Produkt ihrer projektiven psychischen Konstruktion zu zerstören. Wenn sie wütend sind, richtet sich ihre Wut darauf, dass das Objekt die Bestätigung verweigert. Dies entspricht auch sozialen Erfahrungen, wonach weiblichem Begehren und Schaffen wenig Platz eingeräumt wird. Frauen werden daraufhin sozialisiert, sich nach den Wünschen und Plänen anderer auszurichten.

Wollte obige Patientin mich oder meine Stellvertreterin erwürgen, um in ihrer Kontrollwut das Objekt zu zerstören, und war sie deshalb so beunruhigt und wollte wissen, ob ich überlebt habe und ihr weiterhin wohlgesonnen sei? Immerhin konnte meine Intervention sie beruhigen. Wobei nicht unbedingt meine unvermittelte Deutung dazu beigetragen hatte, sondern auch, dass ich mich auf ihre Situation beziehen konnte, erreichbar und noch da war. Die Befürchtung, meiner Mutter zu begegnen, könnte in diesem Zusammenhang als die Befürchtung betrachtet werden, dem illusionär-projektiven Objekt doch wieder zu begegnen. Ich fragte mich auch, ob die Patientin sich deshalb so eng an ihren Sohn anschloss, um ihrer Phantasiewelt keine Zwischenräume zuzugestehen. Noch war die Angst vor dem Unbekannten und Unkontrollierbaren zu gross. Aber sie sehnte sich nach *Freiheit*.

Die Patientin begann, die Träume, in denen ich vorkomme, nicht mehr (nur) als schlimme Vorahnung oder quälende Bedrängung zu erleben. Sie sagte: Ich habe gelernt, dass dies *meine* Träume sind.

Ende gut, alles gut?

Als ich Frau C, einer charmanten Französin Mitte Dreissig, das Ende meiner Arbeitstätigkeit in einem Jahr ankündigte, war sie zwar etwas überrascht, konnte diesem Zeitrahmen aber gleich etwas abgewinnen. Sie überlege schon seit längerer Zeit, dass sie nicht mehr ewig zur Therapie kommen möchte, ich würde ihr damit etwas abnehmen. Sie war eine grosse Zweiflerin, konnte sich schlecht für oder gegen etwas entscheiden, so dass ihr meine Ankündigung für den Moment etwas Erleichterung verschaffte. Schon zuvor hatte sie den Vorschlag gemacht, wir könnten in der Therapie einen Fokus setzen und wählte dafür das Thema Einsamkeit. Dieses Thema schien mir für unser Vorhaben geeignet. Die grosse Herausforderung war, dass die Patientin zwar den Zusammenhang zwischen ihren Kindheitserlebnissen und ihrer Notlage erkannte, jedoch davor zurückschreckte, heftige aktuelle und verwirrende Gefühle auf diese Zusammenhänge zu beziehen. Zu sehr befürchtete sie, ihre Mutter, die doch ihr Bestes getan habe, zu beschuldigen oder für ihre Traurigkeit den Vater verantwortlich zu machen. Mit der Zeit wurde deutlicher, dass die Patientin, die sich kaum an ihre Kindheit und Jugend erinnern konnte, in der Gegenwart ihrer Mutter immer noch ähnliche Gefühle erlebte, wie sie als Kind gehabt haben musste. Besonders im Umgang mit dem Hund, den ihre Mutter sich vor einiger Zeit angeschafft hatte, beobachtete sie viele Interaktionen neu und mit Erstaunen. Sie identifizierte sich mit dem jammernden Welpen und dessen Desorientierung. Die Patientin konnte zunehmend mehr mit meiner These anfangen, dass sie der Mutter Not und Schuldgefühle habe ersparen wollen und deshalb ein freundliches Kind gewesen sei, das keinen Aufstand und kein Aufhebens um seinen Kummer machen wollte. Es gelang ihr, nicht mehr täglich mit der Mutter zu telefonieren und so ihren Frei- und Denkraum zu erweitern. In der Stunde nach den Ferien schlug die Patientin vor, sie könnte weniger oft zur Therapie kommen, da es ihr gut gehen würde. Ich hielt dagegen, dass wir gerade in Phasen, in denen sie weniger leide, einige Themen gut bearbeiten könnten.

Sie erstaunte mich mit ihrem Mut, alleine in einem gemieteten Auto in Holland herumzukurven, ihren Geliebten zu treffen und mit ihrer Fähigkeit, sich mit ihr unbekanntem Leuten in Verbindung zu setzen und diese für gemeinsame Unternehmungen zu gewinnen. Ich kannte zwar auch diese Seite an ihr, die mich trotzdem immer wieder erstaunte, als ob ich - identifiziert mit ihrer Mutter - ihr dies nicht zutraute. Sie berichtete aber auch, dass sie sich während der Reise oft einsam und verloren gefühlt hatte. Es war ihr also nicht nur gut ergangen.

In der Interventionsgruppe bildeten wir Fokussätze nach der Methode von Lachauer¹. Wir fanden folgenden Satz für meine Patientin:

*Ich zelebriere eine belle indifférence, damit sich die Therapeutin viele Jahre lang mit mir beschäftigt,
weil ich mir selber so fern bin wie der Vater mir immer war oder
weil ich sonst wie der Vater im depressiven Niemandsland versinke
und ich mir noch nicht vorstellen kann, zu zeigen, dass ich etwas richtig will.*

Mit der *belle indifférence* ist gemeint, dass die Patientin immer wieder versuchte, ihre Gefühle zu leugnen, zu minimieren und vor sich selber zu simulieren, es würde ihr gut gehen. Wir besprachen in der Intervisionsgruppe, dass diese Patientin insgeheim viel zu bieten habe, es aber nicht zeigen dürfe. Wir fragten uns, welche Ängste dahinterstehen könnten: Der Mutter in die Quere zu kommen? Vom Vater gesehen zu werden? Dies würde zu einer ödipalen Problematik gehören. Wir überlegten, wie ich diese Sicht in die Therapie bringen könnte. Ich stellte mir vor, ich würde sie auf diese beiden Seiten aufmerksam machen und ihr sagen, beides gehöre zu ihr, der Mut und die Zweifel, sowohl das Sich-Zeigen und In-Verbindung-Treten, als auch die Einsamkeit und die Gefühle des Verlorenseins – beide Seiten gehörten zu ihrer reichen und feinfühligem Persönlichkeit. Und dass sie die *schwache* Seite (miss-)brauche, um die lebendige und mutige Seite zu verdecken.

Ich glaube, dass Frau C. angesichts des bevorstehenden Therapieendes sich endlich getraut und noch mehr getrauen wird, das Risiko auf sich zu nehmen, die primären Objekte einer kritischen Würdigung zu unterziehen und so den Mut finden wird zu ihren Aggressionen und Wünschen zu stehen. Zaghafte Versuche in diese Richtung weisen darauf hin, auch eine selbstkritische Bemerkung, dass sie geneigt sei unangenehmen Gefühlen und Konflikten auszuweichen. Die Ausweichmanöver erkennen und benennen, ist der erste Schritt sie zu überwinden. Schon seit längerer Zeit besucht sie auch Theaterkurse, welche sie als grosse Herausforderung erlebt. Dass sie sich den beschämenden Momenten stellt, aber auch die in der Gruppe geteilten Erlebnisse geniesst, erfüllt sie mit Zuversicht.

Das Ende denken

Kläui (2012) schreibt in «Welches Ende für die Analyse?», es passiere bei Falldarstellungen oft, dass die Zuhörer eine *supervisorische Position* (so sagt er dem netterweise) einnehmen würden, und er meint damit, dass sie auf vieles hinweisen, das ausser Acht gelassen wurde oder was man auch noch hätte deuten können. Jeder analytische Prozess sei sowohl einzigartig als auch beschränkt. Einzigartig, weil der Analytiker mit seinen Interventionen, die er in einer Initialdeutung einleite, etwas aus dem Rhizom-

artigen des Unbewussten herausgreife und so eine Spur lege, der entlang die Analyse sich fortbewege. Beschränkt weil der Weg, den Analysand und Analytiker gemeinsam beschreiten, zu seinem Ende komme, was aber nicht heisse, dass nun alles verstanden sei.

Dass ich diese Auffassung der Beschränktheit von Analysen hier aufführe, welche ich auch für therapeutische Prozesse reklamiere, die mit einer psychoanalytischen Grundhaltung geführt werden, hat sowohl mit dem Wagnis zu tun, über persönliche Erfahrungen als Psychotherapeutin zu berichten, als auch mit der Schwierigkeit, dem Ende ins Auge zu sehen. Wenn ich die Therapien beende, dann kann ich nichts mehr korrigieren, nichts mehr wiedergutmachen, neu Erkanntes nicht mehr umsetzen.

Wenn wir eine Spur legen und gemeinsam mit der Patientin diese verfolgen, gelangen wir oft in unwegsames Gelände und wissen nicht wie uns orientieren. Wir greifen zu Theorien oder entscheiden uns spontan für oder gegen einen Einfall, der weiterführen soll. Laimböck (2007) schlägt vor, den psychoanalytischen Verstehensprozess als Bemühen anzusehen, zu einer Aussage über die unbewusst wirksame Beziehungsgestaltung zu kommen. «Andere Interventionsarten können als Stationen auf diesem Weg oder einfach als Aktivitäten des in der Szene notwendig verstrickten Analytikers innerhalb eines Gesamtgeschehens angesehen werden» (S.10). Und sie fährt fort:

Wichtig ist, ... dass sein Tun eine Antwort auf [die aktuell unbewusste Szenerie] ist und eine Veränderung in diesem Beziehungskontext bewirkt. So gesehen ist die Psychoanalyse nicht durch eine Technik charakterisiert, sondern durch ein besonderes Denken und Verstehen. Das Psychoanalytische findet im Innern statt. (S.12).

Mir ist dabei wichtig zu betonen, dass wir als Therapeut:innen notwendigerweise diese unbewusste Beziehungskonstellation mitgestalten und nur beim darüber Nachdenken und in der gemeinsamen Arbeit mit den Patient:innen einen Teil davon verstehen können.

Abbruch

Ein abruptes Ende erlebte ich mit Herrn G. Er kam in die erste Therapiesitzung nach den Sommerferien, wünschte zu sitzen, um mir etwas Wichtiges mitzuteilen. Er eröffnete mir, er habe seit Geburt eine Autismusspektrumsstörung, da sei nichts zu machen, schon gar nicht psychoanalytisch. Dass wir mit dieser Methode nicht weiter

kommen würden, sei jetzt sozusagen amtlich bestätigt. Für den Patienten war klar, dass ich 100 Bücher lesen müsste, bis ich mich orientiert hätte und ihn behandeln könnte. Nachdem er nun die gleiche Diagnose wie sein adoleszenter Sohn erhalten hatte, war für ihn anscheinend klar, dass eine analytische Psychotherapie keinen Sinn machen würde. Schon seit längerer Zeit hatte mir der Patient klarzumachen versucht, dass wir hinter seinen oft sehr intellektualisierenden und angestregten Gedanken nichts anderes wie zum Beispiel Ängste suchen müssten, sondern sein Gehirn funktioniere einfach so, Punkt.

Herr G. ersuchte vor vier Jahren psychotherapeutische Hilfe, als er 50-jährig in eine existentielle Krise geraten war. Er befürchtete, mit seiner bisher erfolgreichen Lebensstrategie nicht mehr weiterzukommen und geriet beruflich und persönlich ins Schleudern.

Er berichtete von seinen schlimmen Kindheitserfahrungen mit einem strengen und aggressiven Vater und einer emotional vereinnahmenden Mutter, beide übergriffig und ohne Empathie für ihn und seinen Bruder. Während des Studiums lebte Herr G. in einer Wohngemeinschaft, wo er sich erstmals aufgehoben fühlte. Nachdem diese jedoch an besonderen Herausforderungen des Zusammenlebens und an ihren hohen Ansprüchen an das gemeinschaftliche Engagement scheiterte, schlitterte er in eine Depression. Aus diesem seelischen Tief habe er sich selber durch Sport «herausgearbeitet».

Der Patient schätzte mein Zuhören, ertrug aber kaum Kommentare von meiner Seite, die er regelmässig widerlegte. Gleichzeitig bemerkte er, ich würde mich wenig äussern, was ich als Hinweis auffasste, dass er sich vielleicht insgeheim doch mehr Zuwendung wünschte.

In einer ersten Phase der Therapie hatte er beklagt, er habe keine «intrinsische Motivation», nicht einmal vom Sessel aufzustehen und sich etwas zum Trinken einzuschicken. Er mache jeden Schritt, weil es von ihm verlangt werde. Nicht dass jemand ihm sage, was er zu tun habe. Er wisse schon, was man von ihm erwarte.

In der letzten Zeit bewegte sich etwas. Der Patient erklärte, er habe wieder eigene Ziele. Vor den Sommerferien gab es einen Moment, als er erzählte, er würde Klavier üben und es gebe eine Akkordabfolge, die ihn berühre. Seine schlichte Bemerkung und Tuchfühlung mit dem, was (an-)klingt, verband ich mit der Hoffnung auf ein neues Hinhören.

Ich kann mir vorstellen, dass eine Annäherung an mich und unser gemeinsames Therapieprojekt dem Patienten unvorstellbar und vielleicht unheimlich war. Zu sehr war er bemüht, sich selber, seine Mitmenschen und seine Umgebung zu kontrollieren.

Seine Träume analysierte er ebenfalls selber. Er träumte viel und bunt mit zahlreichen Verschachtelungen, Querverweisen, Anspielungen auch gesellschaftspolitischer Natur, umgab sich in den Träumen nicht nur mit Personen aus der Familie, sondern auch mit Persönlichkeiten aus Kunst, Politik oder mit Filmfiguren. Er liess mich kaum eine Bemerkung machen, die nicht seine eigenen Gedankengänge bestätigte. Nicht abschätzen zu können, was in der Therapie noch auf ihn zukommen könnte, war ihm – so vermute ich – ein Graus.

Herr G. verstand seine neue Diagnose der Autismusspektrumsstörung als etwas, das unveränderbar feststeht, und er war sichtlich erleichtert darüber. Er sei in letzter Zeit unter Erwartungsdruck geraten in der Therapie bei mir, worüber blieb unklar. Ich vermute, weil ich erwartete, dass er über Gefühle spreche oder wissen wollte, welche Ängste hinter dem So-Funktionieren seines Gehirns eventuell verborgen seien.

Dass auch das Gehirn kein abgeschirmter Bordcomputer ist, sondern gewachsen mit den ersten Interaktionen in der frühen Kindheit und in ständigem Kontakt und Austausch mit den Mitmenschen und der Umwelt und dies immerzu, war für den Patienten nicht weiter von Belang angesichts einer Diagnose, die seiner Ansicht nach sein psychisches Funktionieren erklärte und festlegte.

Ich glaube, der Patient wünschte schon seit längerer Zeit eine klare Diagnose zu bekommen, in der Hoffnung auf ein Therapieverfahren mit einem planbaren Vorgehen. Er würde sich nun umsehen, wer ihm eine adäquate Therapie anbieten könnte. Für Herrn G. war es wohl ein aktiver Schritt aus einer für ihn nicht mehr kontrollierbaren Situation. In seinen Träumen war immer wieder Thema geworden, sich aus der Enge befreien zu können. Dies hatte er nun in die Tat umgesetzt. Vielleicht war ich auch zu einem Primärobjekt geworden, aus dessen sich ihm aufdrängender Umschlingung es ihm gelungen war sich zu befreien.

Ich fragte ihn, wie ihm zu Mute sei angesichts der Beendigung der Therapie. Weil er nicht darauf antwortete und um ihn zu einer Antwort zu ermuntern, machte ich ihn darauf aufmerksam, dass es zu seiner neuen Diagnose passen würde, dass er sich gar nicht damit befasse. Herr G. erklärte, er befürchte, dass seine Weltsicht und seine Gesellschaftsanalysen entgegen seiner bisherigen Überzeugung eventuell doch nicht ganz so stringent, sondern teilweise der speziellen Funktionsweise seines Gehirns zu verdanken seien. Dies sei eine Kränkung und mache ihn traurig. Seine Offenheit überraschte mich. Mein Versuch einer tröstenden Erklärung, dass Traurigsein auch eine Chance bedeuten könne, etwas mit der Zeit hinter sich lassen und Neues beginnen zu können, wollte er gar nicht annehmen, sondern er bestand auf seiner Wahrnehmung, dass Trauer gefährlich sei, da sie sich zu einer Depression «auswachsen» könne.

Trauer und Kränkung waren wohl auch dem Therapieende geschuldet. Musste er selbst das Ende herbeiführen, weil er – hellhörig geworden – ahnte, dass die Therapeutin ein Ende anzukündigen gedachte und er dem zuvorkommen wollte?

Dieser Abschied machte mich traurig und die plötzliche Zurückweisung schmerzte. Andererseits war ich auch erleichtert, da ich diese Therapie immer wieder als vergebliche Anstrengung erlebt hatte. Um mein Interesse und meine emotionale Beteiligung lebendig zu halten, hatte ich engmaschig supervisorische Begleitung in Anspruch genommen. Beim Verabschieden sagte ich dem Patienten, ich würde mich freuen, von ihm zu hören. Er antwortete, mit seiner Diagnose ginge einher, dass er sich nicht melden würde, aber eine Nachfrage meinerseits würde er gerne beantworten.

In dieser Therapie rang ich immer wieder darum, einen Platz als Gesprächspartnerin zu bekommen. Mein Patient hoffte, so habe ich ihn verstanden, eine Therapie zu finden, die ihn entlastet, ihm hilft, seine Wahrnehmungen und sein Verhalten so zu interpretieren, dass er sich «besser steuern» kann, so dass er die von ihm erlebte «Diskrepanz zu den Mitmenschen» als weniger belastend erlebt.

Ist die Psychoanalyse bei der Diagnose Autismus am Ende ihres Lateins?

Die Psychoanalyse ist nicht nur der Ursprung aller therapeutischen Verfahren, sondern auch dasjenige mit dem längsten Atem. Nicht nur nimmt sie sich viel Zeit, sondern sie ist auch bereit, über die herrschende Sprache hinaus zu denken, die Sprache der Patienten zu lernen, zu hinterfragen und mit ihnen das neue Sprechen zu erfinden. Doch wenn der Patient nicht mehr erscheint, ist die gemeinsame Suche zu Ende.

Trauerarbeit

Als ich Frau K. ankündige, dass ich in einem Jahr aufhören werde zu arbeiten, fragt sie nach einer Weile des Schweigens, ob sie dazu etwas sagen müsse.

Frau K. pflegte ihre todkranke Katze hingebungsvoll und unter Aufbringen all ihrer Kräfte. Sie hatte gehofft, das Tier würde mit Rückzug oder Nahrungsverweigerung zu erkennen geben, dass die Zeit gekommen sei. Doch es hielt an seinem Appetit und Lebenswillen fest. Als sein Leiden zunahm und der Tierarzt auch keine Besserung mehr in Aussicht stellen konnte, beschloss Frau K. schweren Herzens, es einschläfern zu lassen. In ihren Armen starb die Katze.

Frau K. berichtete in der folgenden Stunde, wie fest sie in der letzten Zeit mit ihrer Katze verbunden gewesen sei. Sie befinde sich in einem Schockzustand, sei nicht ganz bei sich, empfinde einen dumpfen, fernen Schmerz. Ich fragte, ob ihr Partner ihr Trost spenden könne. Frau K. berichtete, dass er für sie da sei, dass er ihren Kummer verstehe, selber traurig sei und es ihr helfe den Schmerz zu ertragen, wenn sie zusammen etwas unternehmen würden. Tröstend könne es nicht sein, das würde sich wahrscheinlich

heilsam anfühlen. Sie berichtete, dass sie einen Impuls verspüre, sich ähnlich wie beim Tod ihres Esels in heillose Schuldgefühle zu begeben. Sie könne noch immer nicht an ihn denken ohne in verwirrende und schmerzhaftige Schuldgefühle zu verfallen, und alles Schöne, das sie zusammen erlebt hatten, sei nicht erinnerbar. Die Patientin hatte in Griechenland, wo sie aufgewachsen war, eine zärtliche und rettende Beziehung zu dem Esel der Nachbarin gehabt. Er war ihre Zuflucht und ihr Trost gewesen. Sie streifte mit ihm durch die Landschaften ihrer Kindheit und konnte so das als unnahbar und feindselig erlebte Elternhaus ertragen. In der Adoleszenz jedoch verliess sie ihr Dorf, um in der Stadt zu studieren. Jahre später erfuhr sie, dass der Esel an einer Kolik verstorben war. Sie malte sich aus, dass sich niemand um ihn gekümmert habe und er einsam und verloren gestorben war. Sie dachte, sie habe ihn elendiglich im Stich gelassen und litt unter dieser qualvollen Vorstellung. Der Gedanke an eine Art Wiedergutmachung gab ihr zusammen mit der Liebe für das Tier die Kraft, ihre Katze in ihren letzten Tagen zu pflegen, was nicht nur mit grossen Anstrengungen, sondern auch mit vielen schlaflosen Nächten verbunden war. Die Patientin wollte nicht in dasselbe Fahrwasser geraten wie bei der durch Schuldgefühle verunmöglichten Trauer um den Esel. Sie fragte sich und mich, wie sie dies verhindern könne. Ich sagte, es sei wichtig, dass sie diesen Impuls oder Sog erkenne. Wir erarbeiteten gemeinsam die Einsicht, dass Schuldgefühle den Schmerz über das Fehlen verdecken.

Es braucht Zeit, bis der Schmerz des Verlustes ertragen werden kann, bis man sich an Erinnerungen heranzuwagen getraut, die den Verlustschmerz wiederbeleben, aber auch erträglich machen können. Das Erinnern wird die Trauerarbeit ermöglichen und damit wird der Verlust erst real. Freud (1917) beschreibt die Trauerarbeit als Auftrag der Realität:

Doch kann ihr Auftrag nicht sofort erfüllt werden. Er wird nun im einzelnen unter grossem Aufwand von Zeit und Besetzungsenergie durchgeführt und unterdes die Existenz des verlorenen Objekts psychisch fortgesetzt. Jede einzelne der Erinnerungen und Erwartungen, in denen die Libido an das Objekt geknüpft war, wird eingestellt, überbesetzt und an ihr die Lösung der Libido vollzogen. (S. 63)

Freud beschreibt diesen schmerzvollen Prozess als Voraussetzung, damit das Ich wieder frei und ungehemmt werden könne.

Einige Wochen später erzählt die Patientin in der Therapiestunde, sie habe Internetseiten von Katzenheimen angeschaut. Sie sei sich am überlegen, ob sie eine alte, kranke, behinderte Katze aufnehmen soll, die wenig Chancen auf einen privaten

Platz habe ... Ich gebe zu Bedenken, die Frage sei, ob sie selber mit ihren Wünschen und Bedürfnissen Platz habe in dieser Beziehung. Gemeinsam erkundigen wir ihre Wünsche. Die Patientin sagt, sie würde gerne eine Katze aufnehmen, die schüchtern sei, welcher sie mit liebevoller Zuwendung Vertrauen in die Welt vermitteln könnte. Ihre eigenen Wünsche wären, dass die Katze zugänglich und verschmust wäre, gerne spielen würde und ihre eigenen Wege ginge.

In der Supervision erkunden wir die verschiedenen getrennt gehaltenen Selbstanteile, welche der Patientin zu schaffen machen. Zum einen sieht sie sich als krank, verlassen und behindert, dazu passend kann nur aufopfernde selbstverleugnende Fürsorge zugelassen werden. Dann aber kommt eine andere Vorstellung von einem bedürftigen, scheuen Selbst auf, welches durch liebevolle Zuwendung Vertrauen fassen kann. Und schliesslich wagen sich lebendige Wünsche nach Begegnung, Zärtlichkeit, Spiel und Unabhängigkeit hervor. Wird die Patientin diese divergierenden Selbstanteile integrieren können? Das ist das Zentrale, das bei diesem therapeutischen Prozess auf dem Spiel steht. Das wäre die gelingende Trauerarbeit. Vielleicht braucht Frau K. dafür noch etwas mehr Zeit als bis zum nächsten Sommer.

Ausklang

Es ist Herbst geworden. Diese Patientin kommt wegen ihrer Berufstätigkeit zu später Stunde zur Therapie. Wenn die Tage kürzer werden, leuchtet draussen die sandsteinfarbene Hausfassade auf, bevor das Tageslicht den aufsteigenden Schatten weicht.

Auch ich leiste Trauerarbeit. Der Abschied von den Patient:innen, von den Praxiskollegi:innen, vom Praxisraum mit der Aussicht auf die gegenüberliegende Hausfassade, die mit ihren vielen Loggien, Fenstern und Fensterläden einen weiten Bogen beschreibt. Von den Intervisions- und Lesegruppen, den Supervisor:innen, ohne die das psychoanalytische Arbeiten nicht möglich ist. – Vieles bleibt auch, und Neues wird möglich werden.

Literatur

Es sind hier auch Texte aufgeführt, auf die ich mich nicht explizit beziehe. Sie haben mich während der Zeit des Schreibens begleitet und beeinflusst.

Bollas, Ch. (1997). Der Schatten des Objekts. Das ungedachte Bekannte. *Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung*. Klett-Cotta.

Freud, S. (2020 [1917]). Trauer und Melancholie. *GW XVI*, S. 59–76.

Jaenicke, U. (2022). *Traumdeutung. Theorie und Praxis der Traumauslegung in der Daseinsanalyse*. Springer Verlag.

- Kläui, Ch. (2008). *Psychoanalytisches Arbeiten. Für eine Theorie der Praxis*. Hogrefe Verlag.
- Kläui, Ch. (2012). Welches Ende für die Analyse. Einige Bemerkungen. In: *RISS. Zeitschrift für Psychoanalyse. Freud – Lacan*, 78, S. 81–90.
- Lachauer, R. (1982). *Der Fokus in Psychotherapie und Psychoanalyse*. Klett Cotta
- Laimböck, A. (2007). *Schwierige Passagen. Herausforderungen an die psychoanalytische Methode*. Brandes & Apsel.
- Özdamar, E. S. (2023). *Ein von Schatten begrenzter Raum*. Suhrkamp.
- Press, J. (2009). Die endliche Analyse, die Arbeit der Transformation und ihre Grenzen. In: *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 25, (4), S. 395–408.
- Spitz, R. (1957). *Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Ernst Klett.
- Winnicott, D. W. (2006/1974). *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett-Cotta

Anmerkungen

1 Bei der Fokusbildung nach Lachauer geht es darum, das aktuelle Hauptproblem in der Therapie mit drei Sätzen zu erfassen. Erster Satz: Ich... Möglichst bewusstseinsnah, eher abwehrende Aktivität der Patientin beschreiben. Zweiter Satz: weil, ... Eher unbewusste Motive des im ersten Satz Beschriebenen erwägen. Dritter Satz: Und ich mir noch nicht vorstellen kann, dass ... Das Wünschenswerte für die psychische Entwicklung der Patientin benennen.

Angaben zur Autorin

Mirna Würzler, lic. phil. studierte an der Universität Zürich Ethnologie, Psychologie und Soziologie. Seit 1994 arbeitet sie in einer Gemeinschaftspraxis in Zürich. Nebst der psychoanalytischen und -therapeutischen Arbeit war sie in diversen Institutionen des Kleinkindbereiches und im Schulumfeld als Beraterin, Schulsozialarbeiterin und Dozentin tätig.

E-Mail: mirnawuerzler@hin.ch