

zusammen mit Johann Zauner

Zum Problem von Übertragung und Gegenübertragung in der Behandlung von sogenannten Frühstörungen¹

Einleitung

Übertragung und Gegenübertragung gehören mit Recht zu den Essentials psychoanalytischen Denkens und Handelns. Ihre Bedeutung unterlag allerdings im Laufe der Entwicklung psychoanalytischer Theorie bestimmten Wandlungen. Im Gegensatz zur Frühzeit werden heute weniger die störenden Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung akzentuiert, sondern es wird betont, daß die Gegenübertragung durch ihre Korrespondenz mit dem Niveau der Übertragung des Patienten eine Verstehenshilfe für den verborgenen Sinn der Mitteilungen des Patienten liefern könne. Die Gefühlsreaktionen des Analytikers auf seinen Patienten sind also ein wichtiges therapeutisches Instrument für Empathie und Verstehen des Patienten. Sie kann zu unsachgemäßer Handhabung führen, wenn der Analytiker sich seiner Gefühle in bezug auf den Patienten nicht bewußt ist oder diese nicht bewältigen kann. Seine Selbstbeobachtung aber kann zu vermehrter Einsicht in seelische Vorgänge führen, die sich im Patienten abspielen. Besonders wichtig und schwierig ist ihre therapeutische Nutzung bei der Behandlung von Patienten mit frühen Beziehungsstörungen oder bei psychotischen Patienten.

Sogenannte Frühstörungen sollen in dieser Arbeit als solche verstanden werden, die ihre Ursache im weitesten Sinne in einer basal gestörten Mutter-Kind-Beziehung haben. Daraus resultieren je nach Ausmaß und Zeitpunkt der zentralen Beeinträchtigung Defekte der Ich-Struktur oder Arretierungen in der Ich-Entwicklung, was gravierende Folgen für die gesamte Persönlichkeitsentwicklung hat. In der Folge kommt es dann in der Regel zu einem niedrigen Niveau der psychosexuellen Entwicklung, zu primitiven Objektbeziehungen, einer primitiven Abwehrstruktur, häufigen Störungen im Bereich autonomer Ich-Funktionen, wie z.B. einer mangelhaften Realitätsprüfung und Wahrnehmungslücken, dem Fehlen von Signalangst sowie einem Überwiegen archaischer Aggressionen.

Begibt sich solch ein Patient in die dyadische Beziehung einer Psychotherapie, bestimmen deren Setting, die Ebene der Strukturbildung und die Reife der Triebentwicklung sowohl Übertragung als auch Gegenübertragung und somit letztlich auch den Stil der Interaktion.

¹Mit dem Thema der vorliegenden Arbeit beschäftigte sich die Arbeitsgruppe 12 der Jahrestagung 1980 des Arbeitskreises DGPPT/VKJP für analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in Stuttgart. Moderator war Johann Zauner, den Fallvortrag hielt Barbara Diepold. Die Arbeit ist veröffentlicht in: H. Sanders (Hrsg.): Das gestörte Selbst. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über die Schulter geschaut. Fellbach (Bonz) 1982, 110-124.

Wir wollen im folgenden, ohne mit unseren Überlegungen einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, einige spezifische Probleme von Übertragung und Gegenübertragung erörtern, mit denen man in der Behandlung frühgestörter Kinder konfrontiert ist. Als Kasuistik sollen unseren Überlegungen einige Stationen aus dem Behandlungsverlauf eines achtjährigen Jungen zugrundeliegen, weil sich bei ihm in fast idealtypischer Weise wesentliche Charakteristika vereinigen.² Die Thematik soll anhand von fünf verschiedenen Dimensionen untersucht werden:

- * Agieren während der Anfangsphase,
- * Bedürfnisbefriedigung - Frustration,
- * Aggressivität,
- * Trauerarbeit,
- * begleitende Elternarbeit.

Falldarstellung

Jochen zeigte zu Beginn der Behandlung Anzeichen schwerer Deprivation. Seine Pflegeeltern beklagten, daß er sich bei kleinsten Kränkungen total zurückziehe und dann tagelang kein Wort mehr spreche. Er zeige keine Gefühle und Wünsche, und sein Verhalten falle durch Stereotypen auf. In seinem Zimmer herrsche peinliche Ordnung, die Spielsachen stünden in Reih und Glied, er spiele aber nicht damit, weil er zu nichts eine Beziehung habe. Das Ins-Bett-gehen finde nach einem bestimmten Ritus statt, den er aus dem Säuglingsheim beibehalten habe. Auffällig sei auch das Eßverhalten: Er esse grundsätzlich alles, was ihm vorgelegt werde, ob das ein ganzer Kuchen oder ein kleines Häppchen Brot sei. Geschmack scheine er nicht wahrzunehmen, und die Mutter müsse entscheiden, wann er satt sei. Weiter leide er an einer ausgeprägten Wahrnehmungs- und Orientierungsstörung; er finde sich z.B. in der Stadt auch auf den Wegen nicht zurecht, die die Mutter zuvor bereits viele Male mit ihm gegangen sei. Aus der Schule kämen Klagen wegen seines unkonzentrierten und aggressiv-überschießenden Verhaltens. Bis zum 5. Lebensjahr habe er an einem Ekzem und an Enuresis nocturna gelitten.

Seine Genese ist durch lange Hospitalisierung gekennzeichnet. Seit seiner Geburt war er wegen mangelnder Pflege und ständiger Unterernährung unter Aufsicht des Jugendamtes. In den ersten vier Monaten wurde er zwischen der jugendlichen Mutter, den Eltern des inhaftierten Vaters und der Großmutter herumgereicht. Mit viereinhalb Monaten mußte er wegen Darmverschlusses operiert werden. Da die Wunde nicht heilte, dauerte der Krankenhausaufenthalt ein Jahr. Mit etwa anderthalb Jahren wurde er in ein Säuglingsheim verlegt. Die Mutter hatte sich kurz nach seiner Operation suizidiert. Der Vater soll ihn einige Male aus dem Gefängnis besucht haben. Mit dreieinhalb Jahren kam er aus dem Säuglingsheim in seine jetzige Pflegefamilie. Das Jugendamt hat bisher einer Adoption nicht zugestimmt, weil keine ausreichend gute Beziehung zur Pflegemutter bestand.

²Ausschnitte aus der Anfangsphase dieser Behandlung wurden unter dem Gesichtspunkt der Reifung autonomer Ich-Funktionen bereits publiziert, vgl. Barbara Diepold: "Die Reifung autonomer Ich-Funktionen innerhalb einer sich entwickelnden Objektbeziehung. Aus der Anfangsphase der Behandlung eines Jungen mit einer schweren Ich-Störung." In: Materialien zur Psychoanalyse und analytisch-orientierten Psychotherapie VI, 2 (1980), 77-89.

Jochens psychosexuelle Reife befand sich auf oralem, die Objektbeziehungen auf bedürfnisbefriedigendem Niveau. Die synthetische Funktion des Ich war nur ansatzweise entwickelt, was sich im begrenzten Gebrauch der Sprache als Möglichkeit der Welterfassung und des Denkens zeigte. Dementsprechend war sekundärprozeßhaftes Denken und Realitätsprüfung noch nicht fest etabliert. Das Abwehrgefüge zeigte ein Vorherrschen früher Mechanismen, nämlich vorwiegend Spaltung, Projektion und Verdrängung, und hatte nur eine schwache Reichweite.

Agieren während der Anfangsphase

Die ersten Behandlungsstunden waren von Hektik gekennzeichnet. Jochen hastete von einem Spielzeug zum anderen, er nahm aber zu nichts eine Beziehung auf: "Das kostet zu viel schöne Zeit." Mit gleicher Hektik und Beziehungslosigkeit attackierte er mich mit Fragen, wie:

"Kann man hier so viel Krach machen, wie man will?"

"Wem gehört dieses Haus?"

"Hast du Kinder?"

"Wie lange dauert die Therapie?"

"Hast du einen Mann, oder ist der schon gestorben?"

Ich sah hinter diesen drängenden Fragen den Versuch, die unvertraute Umgebung und das fremde Objekt zu strukturieren und zu bewältigen. Seine Sprache war vorwiegend befehlend, ordinär, manchmal auch zärtlich einschmeichelnd, oft bizarr, von unartikulierten Lauten durchsetzt, im ganzen beziehungslos und primärprozeßhaft:

"Gleich fällt mir Kacke in die Hose - Sand - mmh - das ist Zucker - freiß ich auf - Mutter - der schlag ich den Kopf ab. Jetzt hab' ich 'nen Pup gelassen - (und während er auf einen Boxball einschlug) das ist eine Schlange, die hat Zucker geklaut."

Manchmal traf mich unvorhersehbar seine Wut. Er pickte mich mit einem spitzen Bohrer oder ließ einmal eine Säge auf mein Bein niederschnellen und weidete sich an meinen Schreck. Nach der 3. Stunde fiel er die Treppe hinab und zog sich eine Gehirnerschütterung zu. Ich reagierte mit Irritation und Unsicherheit auf das planlose Agieren des Patienten und suchte nach festen Orientierungspunkten. Ich bekam Angst vor seiner plötzlich hervorbrechenden Aggressivität und hatte das Bedürfnis, mich intensiv zu schützen. Ich sah in Jochens aggressiven Durchbrüchen eine Folge der mangelhaft ausgebildeten Ich-Funktion der Signalangst und begann darauf zu achten, die Grenzen seiner Belastbarkeit besser einzuschätzen. Praktisch bedeutete das, mit großer Aufmerksamkeit seine Aktionen zu beobachten, Gefahren "vorauszuahnen" und sie zu entschärfen. Diese absolute Aufmerksamkeit kostete Kraft, und nach den Stunden blieb körperliche und seelische Erschöpfung. Mein Grundgefühl während der Anfangsphase der Behandlung war Sorge, die sich vor allem auf die aggressiven und autoaggressiven Durchbrüche bezog.³

³Vgl. dazu O.F. Kernberg (1978), 83-86.

Bedürfnisbefriedigung - Frustration

In der sechsten Behandlungsstunde entdeckte Jochen im Spielzimmer Kochutensilien (Geschirr, Kocher, Babyflasche, zwei Gefäße mit etwas Zucker und Haferflocken), und er stürzte sich mit ungeahnter Intensität darauf.⁴ Das Essen von Zucker und Haferflocken wurde von da ab eine Art integrierender Bestandteil der nächsten 60 Therapiestunden. Zunächst stopfte er alles, was an Eßbarem vorhanden war, in sich hinein. Er wirkte dabei wie ein Verhungernder. Später machte er dann vielfältige Erfahrungen in verschiedenen Bereichen, und das Essen lieferte ihm den Erfahrungshintergrund für eine rasche Nachentwicklung verschiedener Ich-Funktionen.

Ich war für Jochen das bedürfnisbefriedigende gute Objekt, wenn er essen konnte. Dann befand er sich mit mir in einem Zustand stillen, zufriedenen Wohlbehagens, und die Verständigung zwischen uns fand vorwiegend im präverbalen Raum statt, im Austausch von Phantasielauten, dem Summen von Melodien oder später dem Singen von Kinderliedern. Ich funktionierte wie eine Verlängerung seines Selbst und kleidete häufig das Geschehen in Worte. Als er mir zum Beispiel mit einem Blick bedeutete, Wasser zu holen, sagte ich: "Du nickst mir jetzt so zu, und ich verstehe, daß du Wasser möchtest." An folgender Sequenz mag deutlich werden, wie er zu diesem Zeitpunkt der Behandlung (35. Stunde) die Beziehung zu mir erlebte. Er fragte mich, ob er satt sei, worauf ich erwiderte: "Du meinst, ich könnte wissen, wann du satt bist?" Er antwortete: "Ja, du bist doch ... mir." Im Erleben einer symbiotischen Beziehung konnte er sich die Verfügbarkeit des Objektes zunutze machen.

Ich nahm diese Übertragung gern an und reagierte darauf mit einem Gefühl von Zufriedenheit und Sicherheit. In dieser Rolle war ich mit meinem Selbstbild als Therapeutin im Einklang, hatte ich doch in mir auch die Phantasie, aus unglücklichen Kindern glückliche zu machen, erlittene Versagungen wiedergutzumachen. Dies war aber nur die eine Seite der Beziehung zwischen Jochen und mir. Bei kleinsten Versagungen oder Kränkungen wurde ich gemäß des zu dieser Zeit vorherrschenden Abwehrmechanismus der Spaltung zum bösen Objekt. Dann traf mich Jochens Wut unmittelbar. Da durch die Begrenztheit der Essensmenge die orale Befriedigung bereits Frustrationen in sich trug, kam es häufig zu Wutausbrüchen, meistens, nachdem er versucht hatte, mehr Eßbares von mir zu bekommen, in dem er bettelte, jammerte und über seinen großen Hunger klagte. Mich brachten solche Situationen in innere Schwierigkeiten, und ich wehrte mich, gegen meinen

⁴Der Sinn und Wert von Eßbarem im Spielzimmer ist umstritten. Wir meinen, daß in der Behandlung von Kinderneurosen die Bearbeitung oraler Thematik auf der Phantasieebene stattfinden und nicht zu realen Befriedigungen führen sollte. Auch hier muß die Abstinenzregel gelten, die Freud bereits 1915 (G.W. X, 313) formulierte: "... Ich will den Grundsatz aufstellen, daß man Bedürfnis und Sehnsucht als zur Arbeit und Veränderung treibende Kräfte bei den Kranken bestehen lassen und sich hüten muß, dieselben durch Surrogate zu beschwichtigen." Liegen allerdings so starke Versagungen vor, daß es zu Ich-Defekten gekommen ist, die eine therapeutische Ich-Spaltung unmöglich machen, dann meinen wir, einen solchen Parameter einführen zu können. Das ist vor allem dann zu erwägen, wenn Erfahrungen, die an die frühe Mutter-Kind-Beziehung gebunden sind, weitgehend fehlen. Diese können nur in einer averbalen Kommunikation nacherlebt werden, wobei die damit verbundenen Frustrationserfahrungen einen wesentlichen Beitrag zur Nachentwicklung verschiedener Ich-Funktionen liefern. Allerdings sollte aufmerksam beobachtet werden, wann der Patient ohne einen solchen Parameter analytisch arbeiten kann.

Willen und gegen meine therapeutische und menschliche Grundeinstellung zum Repräsentanten des bösen Objektes gemacht zu werden, hatte ich doch gerade bei Jochen, der so schweren Mangel und real Hunger gelitten hatte, die Phantasie gehabt, etwas wiedergutmachen zu können und gerade ihn nicht Hunger leiden lassen zu dürfen. Ich sah jedoch auch die Gefahr der Aufrechterhaltung der Triebfixierung bis hin zur Gefahr, bei Jochen die Entwicklung einer Suchtstruktur zu begünstigen. Es galt, auch diese Übertragung anzunehmen.

Ich hatte über längere Zeit das Bild, mich in dieser Behandlung wie auf einer Gratwanderung zu befinden: Auf der einen Seite lauerte die Gefahr der regressiven Befriedigung, auf der anderen Seite die Gefahr übergroßer Frustrationen, die seine Toleranz überstiegen, frühe Traumata wiederbelebten und u.U. sogar eine maligne Regression einleiteten. Der Weg zu einer allmählichen Strukturverbesserung war schmal. Es kam darauf an, das Maß der Versagung dem jeweiligen Niveau der Ich-Entwicklung anzupassen. Es durfte nur eine Spur über der Toleranzgrenze liegen.

Aggressivität

Die heftigen Äußerungen weitgehend unneutralisierter aggressiver Triebenergie werfen in der Behandlung von Frühgestörten sowohl Probleme für die Behandlungstechnik als auch für die Gegenübertragung auf. Dazu zwei Sequenzen aus Jochens Behandlung:

Er spielte Cowboy und Indianer mit mir. Er war der Cowboy und sprang wütend schreiend um mich herum. Er versuchte, mich mit einem Lasso zu fesseln, hielt dabei plötzlich inne und sagte: "Setz sofort deine Brille ab, das ist zu gefährlich." Als ich sie in die Tasche gesteckt hatte, sah er mich mit angstvoll aufgerissenen Augen an und sagte: "Du siehst aus wie eine Mörderin." Ich schob diese Bemerkung beiseite, indem ich sie als eine Projektion seiner mörderisch aggressiven Impulse auf mich klassifizierte und frage mich, ob es nicht ein technischer Fehler gewesen war, den Schutzaspekt zu vernachlässigen. Meine anfängliche tiefe Betroffenheit blieb jedoch, und das Wort "Mörderin" arbeitete in mir. Hatte Jochen nicht etwas tief Verborgenes benannt? Ich war gezwungen, mich in einem länger dauernden schmerzhaften Prozeß mit meiner eigenen Destruktivität auseinanderzusetzen.⁵

Mit der Zunahme der Stabilität der Beziehung wurde die Trennung am Ende jeder Stunde immer schwieriger und löste bei Jochen heftige Aggressionen aus. Er fragte häufig während einer Stunde, wie unter Druck stehend, wieviel Zeit noch vorhanden wäre, und die Ursache seiner Panik zeigte sich, als er sagte: "Ich kann dein Gesicht nicht behalten." Ein anderes Mal sagte er: "Dein Atem steht jetzt still," als er den Therapieraum verließ. Er hatte noch kein dauerhaftes inneres Bild von mir, und das Stundenende war gleichbedeutend mit meinem Verlust oder Tod. Wenn das Ende der Stunde nicht mehr zu verleugnen war, agierte er seine Wut, die nicht mehr so beziehungslos wie in den ersten Stunden war, sondern mich jetzt direkt traf. So versuchte er einmal, mich im Zimmer einzuschließen; er rannte mit dem Schlüssel nach draußen, danach schnell wieder ins Zimmer und schleuderte den Schlüssel gegen mich. Oder er bewarf mich nach einer Stunde blitzschnell an

⁵Vgl. dazu D. W. Winnicott (1949), der sich mit dem Haß in der Gegenübertragung beschäftigt und auf die Notwendigkeit hinweist, Gefühle von Haß und Angst bewußt zu erleben und sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

der Tür mit einem Erdklumpen. Solange er sich mit mir in einer symbiotischen Beziehung erlebte, schienen sich seine Aggressionen innerhalb dieses Systems zu äußern, und er nahm meine Reaktionen nicht wahr. Das geschah erst mit zunehmender Trennung. Als er einmal in seiner Wut die Bauklötze im Zimmer herumgeworfen hatte und mich dann grinsend und feixend aufräumen ließ, sagte ich zu ihm, daß ich mich über sein Verhalten ärgerte. Darauf fragte er erstaunt und ungläubig: "Bist du jetzt böse auf mich?" Ich bejahte das, und am Anfang der nächsten Stunde zeigte er, daß er meine Reaktion verstanden und behalten hatte. Er sagte nämlich: "Gestern warst du wütend auf mich."

In solchen Situationen war ich in Gefahr, angstvoll auf seine heftigen Aggressionen zu reagieren und mich masochistisch seinen lärmenden Bedürfnissen zu unterwerfen. Das äußerte sich z.B. daran, daß ich bei mir die Tendenz spürte, die Therapiestunden um ein paar Minuten zu verlängern. In dem Maße jedoch, in dem ich mir meiner eigenen aggressiven Impulse bewußt wurde, hatte ich den Mut und die Festigkeit, seinem Wüten feste Grenzen zu setzen. Bezeichnend dafür war, daß ich vorübergehend sogar die Phantasie von einem Löwenbändiger hatte, der zugewandt, eindeutig und standfest mit seinen Tieren arbeitet, was einen Einblick in das Ausmaß meiner Verstrickung gab.

Trauerarbeit

Etwa ab der 60. Stunde konnte Jochen Trennungen besser ertragen. Aus einer Kette von Einzelerinnerungen aus der Therapie hatte sich allmählich ein Gefühl für Zeit entwickelt. Er sagte: "Bald sind Osterferien, dann sehen wir uns lange nicht. Und dann kommt der Sommer, und wenn der Winter wiederkommt, dann ist Weihnachten." In dem Maße, in welchem er Wünsche verbalisieren und Gefühle ausdrücken konnte, z.B. "ich will morgen wiederkommen, übermorgen ist viel zu lang, das kann ich nicht aushalten", nahm das Gefühl der Panik ab, das sonst durch Trennungen ausgelöst wurde.

Auf der Grundlage eines neu erreichten Niveaus der Strukturierung des Ich, deren wesentlichste Merkmale die Annäherung an das Stadium der Objekt Konstanz und eine verbesserte Frustrationstoleranz waren, setzte der Prozeß der Trauerarbeit ein. In der 45. Stunde deutete Jochen an, daß er inzwischen stark genug geworden war, auf das Essen zu verzichten. Er sagte: "Ich brauche ja nicht immer zu essen, dann habe ich mehr Zeit zum Spielen." Ich nahm diese Gelegenheit, um ihm wie auch in früheren Stunden zu sagen, daß Essen nicht unbegrenzt zur Verfügung stünde und daß es mit anderen Kindern geteilt werden müsse. Ich ging jetzt aber noch einen Schritt weiter, indem ich hinzufügte, daß ich ihn inzwischen für stark genug hielte, darauf in den Therapiestunden zu verzichten. Als dann nach einigen Stunden alle Reste aufgegessen waren, überfiel ihn eine große Traurigkeit. Er stand reglos, die Augen voller Tränen, und klammerte sich an den Teddy (sein Übergangsobjekt), der ihm in dieser Situation wieder wichtig geworden war. Mich "berührte diese tiefe Trauer, und ich war versucht, seinem drängenden Wunsch nach mehr Essen nachzugeben, nicht zuletzt wegen seiner schweren Entbehrungen in den ersten Lebensjahren. Weil er mir jedoch inzwischen stabil genug schien, entschied ich mich dafür, diese Trauer mit ihm durchzuarbeiten. Das bestimmte weitgehend die Arbeit der nächsten 50 Therapiestunden. Der äußere Modus hatte wieder entsprechend seiner oralen Fixierung eine orale Komponente, diesmal jedoch auf reiferer Stufe: er ließ sich von mir Märchen vorlesen. Die Märchen, die er

aussuchte, handelten meistens von der Beziehung zwischen Stiefmüttern und ihren Kindern oder von Kindern, die schwierige Situationen zu bewältigen hatten.⁶

Das Grundgefühl während dieser ganzen Zeit war eine tiefe Traurigkeit. Jochen schien sich auf der Symbolebene mit seiner Situation als Kind ohne leibliche Eltern in einer Pflegefamilie auseinanderzusetzen. Hin und wieder tauchten Erinnerungsspuren auf. So legte er sich einmal auf die Couch und sagte, er sei jetzt ein Kranker im Krankenhaus und ich der Arzt. Er begann zu wimmern, deutete auf seinen Bauch, machte ihn frei und ließ mich seinen zernarbten Leib sehen. Ich war entsetzt und stellte mir vor, welche Schmerzen er als kleines Kind erlitten haben mußte. Er sagte: "Ich bin schon mal operiert worden", und ich erwiderte: "So viele Narben sind auf deinem Bauch, daß er ganz zerfurcht aussieht. Ich weiß von deinen Eltern, daß du als kleines Baby sehr krank warst. Du hast Schlimmes erlebt, als du noch klein warst." Er nickte verstehend. In der 92. Stunde sagte er sehr nachdenklich: "Weißt du eigentlich, daß meine Mama gestorben ist? Schade, nicht?" Ich erwiderte: "Ja, das finde ich auch schade."

Die auftauchenden Erinnerungsspuren deuten darauf hin, daß Jochen den Verlust der Mutter und die Entbehrungen und Schmerzen seiner frühen Lebensjahre verarbeitet. Auf der Übertragungsebene erlebte er Trauer darüber, daß ich in der Realität nicht das omnipotente, idealisierte Objekt repräsentierte, zu dem er mich in seiner Phantasie gemacht hatte. Ich war betroffen von Jochens Traurigkeit und hatte Mühe, mich nicht von deren Sog erfassen zu lassen. Manchmal hätte ich ihn gern getröstet und die schmerzliche Realität gern beschönigt. In solchen Momenten war es mir wichtig, mich auf meine Aufgabe als Analytikerin zu besinnen, nämlich gegenwärtiges und vergangenes Erleben mit ihm durchzuarbeiten, damit er die Realität besser bewältigte. Letztlich ging es während dieser Behandlungsphase seitens der Gegenübertragung um die Bearbeitung von Omnipotenzphantasien, die dem Niveau der Übertragung zu diesem Zeitpunkt entsprachen. Der langdauernde Prozeß der Trauerarbeit war damit beendet, daß Jochen der Traurigkeit über den Tod der Mutter in Worten Ausdruck verlieh, nachdem er in der Übertragung seine Aggressionen über das Verusterleben wiederbelebt und durchgearbeitet hatte. Nun konnte er sich zunehmend der Bearbeitung ödipaler Beziehungsprobleme zuwenden.

Elternarbeit

Der Therapiebeginn war auf Seiten der Elternarbeit stark belastet durch die Feststellung des Jugendamtes, daß die Mutter-Kind-Beziehung nicht gut genug sei, um einem Adoptionsverfahren zustimmen zu können. Die Eltern hatten Angst, daß ich mit dem Jugendamt zusammenarbeitete, und der Vater reagierte teilweise paranoid. Mich kränkte das Mißtrauen der Eltern anfangs, und ich spürte die Tendenz, ihnen die Beziehungsprobleme mit Jochen anzulasten. Besonders der Mutter gegenüber spürte ich eine verborgene Vorwurfshaltung. In dem Maße jedoch, in dem ich in der Übertragungsbeziehung in Jochens schwere Beziehungsstörung hineingezogen war, nahm mein Verständnis für die Nöte der Eltern zu.

Die Eltern hatten trotz ihres oben geschilderten anfänglichen Mißtrauens große Hoffnungen in die Psychotherapie gesetzt. Sie idealisierten mich als jemanden, der

⁶Die beiden wichtigsten Märchen aus dieser Zeit waren "Hänsel und Gretel" und "Von einem, der auszog, das Fürchten zu lernen".

mit seinem Fachwissen schnell die bestehenden Probleme beseitigen würde. Als sich aber zunehmend die Begrenztheit therapeutischer Möglichkeiten und deren Langwierigkeit zeigte und vielmehr deutlich wurde, daß Jochens Heilung in der geduldigen Bearbeitung seiner Beziehungsstörung liegen würde und kurzfristige Heilerfolge nicht zu erwarten waren, reagierten die Eltern mit Entwertungstendenzen sowohl meiner menschlichen als auch meiner fachlichen Kompetenz gegenüber, die wiederum der Ambivalenz gegenüber der Adoption zwischen Annahme- und Ausstoßungstendenzen entsprachen. Ein wesentlicher Teil der Elternarbeit bestand im Durcharbeiten dieser Idealisierungen und Entwertungen, bis wir zu einer tragfähigeren Beziehung kamen. Das bedeutete, auch den Eltern zu mehr Realitätssinn zu verhelfen. So faßten sie am Ende der Therapie, als sie ihre neurotischen Anteile in bezug auf den drängenden Wunsch nach einer Adoption durchgearbeitet hatten, den Entschluß, es bei dem Pflegschaftsverhältnis zu Jochen zu belassen, obgleich die Eltern-Kind-Beziehung stabiler geworden war und Jochen einen festen Platz in der Familie gefunden hatte. Ich mußte im Laufe der Therapie von der verborgenen Phantasie Abschied nehmen, bei den Eltern die inneren Voraussetzungen für eine Adoption schaffen zu können.

Diskussion

Diese Abschnitte aus dem Behandlungsverlauf, die für die Veröffentlichung geringfügig erweitert wurden, dienten der Arbeitsgruppe als Einführung in das Thema und als Anregung zur Diskussion. Die Tatsache, daß ein mehr praktischer und nicht ein theoretischer Einstieg gewählt wurde, hatte eine lebendige und ohne Verzögerung einsetzende Diskussion zur Folge. Einige Teilnehmer brachten eigene Behandlungserfahrungen und behandlungstechnische Schwierigkeiten ein; konträre und ergänzende oder übereinstimmende Ansichten wurden einander gegenübergestellt. Da es nicht möglich war, die ausgedehnte Diskussion zu protokollieren, seien hier einige Aspekte zusammenfassend dargestellt:

Während einer Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die an den Folgen früher, vorwiegend prägenitaler Störungen leiden, werden häufig schon zu Beginn Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen aktualisiert, die - worauf auch Kernberg hinweist - durch eine heftige Gefühlshaftigkeit ausgezeichnet sind. Sie haben, um diesem Autor weiter zu folgen, mehr mit der unterstützten, intensiven, chaotischen Übertragung des Patienten und mit der allgemeinen Fähigkeit des Analytikers, psychischen Streß und Angst auszuhalten, zu tun, als mit einem Problem der eigenen Vergangenheit. Die emotionale Betroffenheit des Therapeuten wird wiederum durch einen oft abrupten Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung, durch ein Pendeln zwischen verführerischen Näheangeboten und blitzartigen Distanzierungen permanent auf die Probe gestellt. Eine Regression des Patienten auf archaisches Niveau kann wiederum überwunden geglaubte neurotische Tendenzen des Therapeuten mobilisieren, was die Fähigkeit des Durcharbeitens eigener Gegenübertragungsreaktionen beeinträchtigen oder erst zwischen den Stunden möglich machen kann. Auf der anderen Seite sind diese Erfahrungen unerlässlich, um das jeweilige Niveau der Regression des Behandelten einschätzen zu können. Wird die Fähigkeit des Behandelnden zu einer oszillierenden therapeutischen Ich-Spaltung jedoch behindert, kann es bei ihm zu einer sogenannten Gegenübertragungsfixierung (Kernberg) kommen, die seine analytische Kompetenz weitgehend einengen kann. Eine übergroße Fürsorge und ein extremes Gefühl der

Verantwortlichkeit für den Patienten, Tendenzen, ihn loszuwerden, oder eine totale Identifikation, verbunden mit einem selektiven Verlust der Realitätsprüfung, können vom Therapeuten Besitz ergreifen.

Die Diskussion der Arbeitsgruppe war von diesen Problemen bestimmt, und die Teilnehmer konnten vielfältige Beispiele eigener Betroffenheit und eigener Lösungsversuche beitragen. Den Umgang mit der Übertragung des Patienten betreffend, waren es vor allem drei Aspekte, die immer wieder zur Sprache kamen: Das Niveau der jeweiligen Objektbeziehung, das Problem der Spaltungsmechanismen und das Manifestwerden mehr oder weniger unneutralisierter aggressiver Energie.

Die Mängel in der Fähigkeit zur Objekt Konstanz, zu einer verlässlichen Triebregulierung und somit zu einer Stabilisierung der Frustrationstoleranz haben nicht nur eine Fluktuation der Bedürfnisse und der Ich-Struktur zwischen verschiedenen Ebenen, sondern auch einen ständigen Wechsel des Niveaus der Objektbeziehungen zur Folge. Die Gefahren einer Aktualisierung primitiver Identifikationen, von analogen Abwehrmechanismen und von korrespondierenden Impulsen im Therapeuten wurden auch in der Diskussion deutlich.

Dieses Überwiegen früher Mechanismen bedeutet eine besondere Beanspruchung der emotionalen Situation des Therapeuten im Sinne der Gegenübertragung, aber auch seiner kognitiven Potenzen im Sinne des therapeutischen Handelns. Der übermäßige Einsatz von Spaltungsmechanismen läßt diese Schwierigkeiten und Gefahren besonders gut erkennen: Der schnelle Wechsel von Idealisierung und Entwertung, von selbstverständlicher und totaler Benutzung und Vereinnahmung des Behandlers auf der einen Seite, seiner eiskalten Ausschließung auf der anderen sind oft schwer zu ertragen. Ein emotionaler Rückzug, eine Mobilisierung latenter Allmachtserwartungen oder aggressiv getönte Ausstoßungstendenzen können die Folge sein, wenn es nicht gelingt, die eigenen Gefühlsreaktionen ständig zu überprüfen und einzuordnen.

Eine Entladung unneutralisierter aggressiver Energie, die sich in Panikausbrüchen oder in Angriffen gegen den Therapeuten manifestieren kann, ist in der Regel auf drei Konstellationen zurückzuführen, auf:

1. eine sehr enge Frustrationstoleranz gegenüber Versagungen,
2. eine Panik als Folge eines Versagens der Abwehr durch eine unvollkommene oder fehlende Signalangst,
3. eine Externalisierung archaischer aggressiver Überichkerne.

In allen drei Fällen zeichnet sich die Aggression durch ihre Heftigkeit, ihren archaischen Entladungscharakter und das weitgehende Fehlen libidinöser Beimischungen aus. Die Aggression trifft daher den Therapeuten meist kalt, überraschend, und sie ist oft nur schwer in den Beziehungskontext einzuordnen. Das Beispiel in der Falldarstellung läßt die auf diese Art aktualisierte tiefverborgene eigene Destruktivität nachempfinden und verstehen.

Die speziellen Ängste, die der therapeutische Umgang und die empathische Zuwendung zu Patienten mit frühen Störungen im Behandler wachrufen können, sind in letzter Zeit oft beschrieben worden (Kernberg, Rohde-Dachser). Als besonders wichtig gilt, daß der Analytiker gleichermaßen in der Lage ist, die Angst und auch den Haß seinem Erleben zugänglich zu machen und sie diagnostisch und

therapeutisch zu nutzen. In diesem Zusammenhang wurden auch in der Diskussion die vorhin geschilderten Probleme dieser Gegenübertragungs-Identifikation mit der Folge der unmittelbaren Erwidern der Impulse des Patienten offenbar.

Die Gefahr des Gegenübertragungsagierens steht in einer engen inneren Verbindung zu dieser Problematik. Vor allem durch den Mechanismus der projektiven Identifikation gelingt es dem Patienten nicht selten, Gefühle und Aspekte des eigenen Selbst in den Therapeuten zu verlagern und diesen durch emotionalen Druck zu zwingen, sie als seine eigenen zu erleben. Dies gelingt um so besser, je mehr eine Korrespondenz zwischen den projizierten Aspekten des Selbst des Patienten und solchen des Therapeuten besteht, die diesem nicht voll zugänglich sind. So kann z.B. in ihm ein Gefühl übergroßer Fürsorglichkeit und einer ausschließlichen persönlichen Verantwortung entstehen, die ihn veranlassen, dem Patienten agierend alle Schwierigkeiten aus dem Wege räumen zu wollen. Der Therapeut sollte daher immer dann, wenn er sich durch einen Patienten mit einer entsprechenden Dynamik aus den analytischen Aktivitäten gedrängt fühlt, an diesen Mechanismus denken. Wie eng der Grad zwischen therapeutisch notwendiger Modifikation im Sinne der Einführung eines Parameters und dem Gegenübertragungsagieren sein kann, zeigt auch unser Fallbeispiel. Eine sich allmählich einschleichende Tendenz des willkürlichen Umganges mit der Zeit ist oft ein erstes Zeichen für entsprechende Gefahren.

Übertragungs- wie auch Gegenübertragungsverstrickungen können zu Schwierigkeiten mit der Abstinenz führen, etwa wenn der Therapeut nicht in der Lage ist, das richtige Maß von Frustration in der Behandlung wirksam werden zu lassen. Gerade bei Frühstörungen gelten eine Nachreifung und eine Nachentwicklung als wesentliche therapeutische Ziele, und es ist oft gerade die Aufgabe einer einfühlsamen, aber konsequenten Frustration, durch die Neutralisierung von aggressiver Energie zu einer Stabilisierung des Ich beizutragen. Daher wiederum können eine Überfürsorglichkeit oder eine destruktive Haltung den therapeutischen Fortschritt außerordentlich hemmen.

Zuletzt stellt sich noch die Frage, inwieweit bei der Behandlung von erwachsenen Patienten mit Frühstörungen wesentliche Unterschiede zu der von Kindern und Jugendlichen zu beobachten sind. Drei Gesichtspunkte scheinen von Bedeutung zu sein:

1. Das Kind und der Jugendliche verfügen im Gegensatz zum Erwachsenen noch über Entwicklungspotenzen, und der Therapeut kann mit einer Unterstützung durch die dem Patienten innewohnenden progressiven Kräfte rechnen. Bei einem Erwachsenen dagegen haben sich in der Regel bereits vielfältige neurotische Kompensationsmechanismen in Form dauerhafter Verarbeitung herausgebildet, so daß gerade bei schwergestörten Patienten der Gedanke an Veränderung und Gesundung nicht selten eher Ängste und Panik auslösen kann als Gefühle der Hoffnung.
2. Die größere Agierbereitschaft des Kindes und des Jugendlichen fördert wegen der geschilderten Problematik beim Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung den Behandler zusätzlich heraus, ist doch der Grat zwischen einer für die Therapie notwendigen Aktivität und regressivem Agieren in dieser Altersstufe außerordentlich schmal.

3. Der soziale Abstand zwischen dem erwachsenen Therapeuten und dem kindlichen Patienten erleichtert die agierende Übernahme von Elternrollen im Sinne der geschilderten Dynamik.

Literatur

- [1] Diepold, B.: "Die Reifung autonomer Ich-Funktionen innerhalb einer sich entwickelnden Objektbeziehung. Aus der Anfangsphase eines Jungen mit einer schweren Ich-Störung", in: Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie VI,2 (1980), 77-89
- [2] Freud, S. (1915): "Bemerkungen über die Übertragungsliebe", G.W. X, 305-322
- [3] Kernberg, O.F.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt 1978
- [4] Rohde-Dachser, Ch.: Das Borderline-Syndrom. Bern, Stuttgart, Wien 1979
- [5] Winnicott, D. W.: "Hate in the Counter-Transference", in: International Journal of Psychoanalysis 30 (1949), 69 ff.