

Chris Jaenicke

Die Suche nach Bezogenheit

Eine intersubjektiv-systemische Sicht



Brandes & Apsel

Chris Jaenicke
Die Suche nach Bezogenheit



Jaenicke untersucht, wie psychotherapeutische Interventionen in ihrer Intersubjektivität verstanden werden können. Denn die emotionalen Welten beider Beteiligter spielen eine konstitutive Rolle, sowohl beim Erfolg wie auch bei krisenhaften Momenten im therapeutischen Prozess.

Die Interaktion unterschiedlich organisierter subjektiver Welten in der Psychotherapie zeigt, wie eng Schwäche und Stärke, Heilung und Scheitern in jedem psychotherapeutischen Prozess miteinander verwoben sind. Auf der Ebene der wechselseitigen Begegnung hat der Prozess der Veränderung damit zu tun, wie die idiosynkratischen Stärken und Mängel beider Beteiligter miteinander verstrickt und im Durcharbeitungsprozess schließlich bearbeitet werden. Während ein asymmetrisches Setting aufrechterhalten und das Augenmerk in unserer Arbeit auf den Patienten gerichtet bleibt, wird jeglicher Veränderungsprozess als eine Systemveränderung verstanden.

Zwei detaillierte Falldarstellungen und ein Supervisionsbeispiel veranschaulichen die Radikalität intersubjektiven Denkens und Fühlens.

Der Autor:

Chris Jaenicke, Dipl.-Psych., Psychoanalytiker in eigener Praxis, Lehranalytiker, Supervisor und Dozent der Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie in Berlin. Forschungsschwerpunkte: Intersubjektivitätstheorie und Selbstpsychologie. Redakteur der Fachzeitschrift *Selbstpsychologie* bei Brandes & Apsel. Buchpublikationen: *Das Risiko der Verbundenheit* (2006) und *Veränderung in der Psychoanalyse* (2010).

Chris Jaenicke

Die Suche nach Bezogenheit

Eine intersubjektiv-systemische Sicht

Aus dem Amerikanischen übersetzt
von Elisabeth Vorspohl

Brandes & Apsel

Auf Wunsch informieren wir Sie regelmäßig über Neuerscheinungen in dem Bereich Psychoanalyse/Psychotherapie – Globalisierung/ Politisches Sachbuch/Afrika – Interkulturelles Sachbuch – Sachbücher/ Wissenschaft – Literatur.

Bitte senden Sie uns dafür eine E-Mail an info@brandes-apsel.de mit Ihrem entsprechenden Interessenschwerpunkt.

Gerne können Sie uns auch Ihre Postadresse übermitteln, wenn Sie die Zusendung unserer Prospekte wünschen.

Außerdem finden Sie unser Gesamtverzeichnis mit aktuellen Informationen im Internet unter: www.brandes-apsel-verlag.de und unsere E-Books und E-Journals unter: www.brandes-apsel.de

1. Auflage 2014 (E-Book)

1. Auflage 2014 (gedrucktes Buch)

© Brandes & Apsel Verlag GmbH, Frankfurt a. M.

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen oder optischen Systemen, der öffentlichen Wiedergabe durch Hörfunk-, Fernsehsendungen und Multimedia sowie der Bereithaltung in einer Online-Datenbank oder im Internet zur Nutzung durch Dritte.

Umschlag und DTP: Felicitas Müller, Brandes & Apsel Verlag,

Frankfurt a. M. unter Verwendung von: Edward Hopper (1882-1967), *High Noon*, 1949, Öl auf Leinwand (69,9 x 100,3 cm), © The Dayton Art Institute. Mit freundlicher Genehmigung.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über www.ddb.de abrufbar.

ISBN 978-3-95558-077-3 (E-Book)

ISBN 978-3-95558-069-8 (gedrucktes Buch)

Inhalt

1. Kapitel	
Prämissen: Gedanken zu Erfolg, Scheitern und Heilung in der Psychoanalyse	7
2. Kapitel	
Rafaela: Behandlungsbeginn und -verlauf	35
3. Kapitel	
Rafaela: Behandlungsende und Rückkehr	67
4. Kapitel	
Der Schattenmann	87
5. Kapitel	
Supervision in intersubjektiver Perspektive	121
Epilog	137
Literatur	142
Danksagung	146

Für meine Frau, Hilla Jaenicke

1. Kapitel

Prämissen: Gedanken zu Erfolg, Scheitern und Heilung in der Psychoanalyse

*I am hanging in the balance
of the reality of Man,
like every sparrow fallen
like every grain of sand.*

Bob Dylan

*Behind everything beautiful
there's some kind of pain.*

Bob Dylan

Ich schreie. Ich schreie, so laut ich kann, aber nichts ist zu hören. Ich brülle, brülle so laut, dass meine Halssehnen hervortreten. Trotzdem bringe ich nicht mehr als ein gequältes Krächzen heraus: »Es ist nicht die perfekte Heilung, die mir für meine Patienten vorschwebt!« Der Mann, zu dem ich spreche, gibt keine Antwort. In einem letzten Versuch, ihn zu erreichen, wispere ich: »Halten Sie das, was ich tue, für Faschismus?« Der Mann reckt sein kantiges Kinn in die Höhe, blickt aus seinen Adleraugen auf mich herab und sagt: »Ja, Faschismus.«

Das ist ein Traum, den ich vor nicht allzu langer Zeit hatte. Ein Traum, den ich mit verschiedenen Szenarien schon oft geträumt habe – wutentbranntes, stummes Schreien. Atwood (2012) schreibt: »Träume sind autobiographische Mikrokosmen, die das subjektive Leben des Träumers symbolisieren« (S. 90). »Sie erfassen etwas, das im be-

wussten Leben unvollständig bleibt. Eindrücke, Gefühle, Erinnerungen, Gedanken – alle in einem Strudel vereint, nicht ausgearbeitet, kaum verknüpft, nicht zu Ende gedacht: Das ist der Stoff der Träume [...], unserer Bemühungen, subjektive Spannungen zu lösen« (S. 97). In meinem Traum wird dadurch eine so hohe Spannung erzeugt, dass ich mich nicht vernehmbar machen kann. Warum also noch ein Buch schreiben? Nach Erscheinen der ersten beiden wartete ich gespannt auf Reaktionen. Als sie kamen – und viele von ihnen waren positiv –, versetzten sie mich in ein Hochgefühl. Doch es erwies sich als Buschfeuer, das nach kurzem Auflodern wieder erlischt. Und da begriff ich endlich, dass die Löcher, die ich in mir herumtrage, nicht geschlossen werden können. Ich fühlte mich ausgeraubt, entleert, entblößt, unwiderrufflich beschädigt. Und doch auch erleichtert. Aber es ist etwas unerledigt geblieben, nämlich die Frage: Was ist Heilung? Werden wir geheilt, heilen wir? Nach Encounter-Gruppen, transaktionaler Analyse, Gestalt- und Körpertherapie, nach psychoanalytischer Ausbildung, körpertherapeutischer Ausbildung und vier Analysen bin ich nicht geheilt. Mir geht es besser, ich habe mich verändert. Ich habe professionelle Erfahrungen gesammelt und eine gewisse Kompetenz erworben. Ich habe meine Ängste insoweit überwunden, als ich nun weiß, wie groß sie waren. Ich fühle mich noch immer klein. Meine Stärke besteht aus dem, was mir geblieben ist, und dazu zählt meine Neugier. Mithin ist die Neugier die Antriebskraft einer inneren Spannung, die beim Schreiben vorübergehend nachlässt (Atwood 2012). Kreativität verspricht einen Ausweg aus dem Gefühl, zu sein, und dem gleichzeitigen Gefühl, nicht zu sein. Was passiert in einer Psychotherapie, und was heilt? Wie definieren wir Erfolg und Scheitern? Davon handelt dieses Buch. Ich setze meine Suche fort. Antworten? Wir werden sehen. *It's only Rock 'n' Roll*, hieß es bei den Rolling Stones, und in meinem Fall: Es ist nur Psychoanalyse, aber mir gefällt sie.

Vor einer Weile nahmen wir Analytiker an, dass eine Psychotherapie erst wirksam sein könne, wenn die Übertragung des Patienten voll

erblüht sei. In der Frühzeit der Psychoanalyse glaubte man, dass eine Voraussetzung für die Reifung dieser therapeutischen Früchte darin bestehe, die Subjektivität des Therapeuten aus dem Behandlungszimmer zu verbannen. Heute wissen wir, dass – zumindest – das System Patient-Therapeut Entwicklungsmöglichkeiten finden muss, damit wir die Chance haben, die Komplexität eines menschlichen Lebens und das Veränderungspotential, das dieses System bereithält, zu erfassen. In New York kam einmal einer meiner Kollegen völlig verstört aus einer Sitzung und sagte: »Gott sei Dank ist es nur die Übertragung, ansonsten wüsste ich nicht, wie ich mit dieser Person umgehen sollte.« In meinem Buch *Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis* (Jaenicke 2006b) habe ich beschrieben, weshalb sich Analytiker an die Konzepte der Neutralität und Objektivität geklammert und den Mythos genährt haben, dass der psychotherapeutische Prozess von ihrer Subjektivität unberührt bleibe. Auf einer phänomenologischen Diskursebene können wir das Bedürfnis, unser Gefühl der Abgegrenztheit zu schützen, zwar verstehen, doch auf der Erklärungsebene besteht mittlerweile kein Zweifel mehr daran, dass die therapeutische Dyade als System in ein Systemnetzwerk eingeflochten ist und dessen Einflüssen unterliegt (Coburn 2009; Boston Change Process Study Group 2010). In *Veränderung in der Psychoanalyse* (Jaenicke 2010) habe ich erläutert, dass ein therapeutischer Prozess als Bestandteil eines Systems nur dann voranschreiten kann, wenn sich beide Beteiligte verändern. In diesem Buch versuche ich zu erklären, dass unser Verständnis der Patient-Analytiker-Dyade als System unsere Konzeptualisierung der therapeutischen Wirkung und der Heilung erweitern und vertiefen kann. Darüber hinaus behaupte ich, dass wir eine neue Perspektive auf das Scheitern entwickeln müssen, um Heilung konzeptualisieren zu können. Ich werde erklären, weshalb Scheitern und Leiden als inhärente Bestandteile unserer Subjektivität wertvolle Erfahrungen sind, um ein Miteinander zu erlernen. Detaillierte klinische Untersuchungen von Interaktionen un-

terschiedlich organisierter subjektiver Welten haben uns gezeigt, wie eng Schwäche und Stärke in allen psychotherapeutischen Prozessen miteinander verwoben sind. Die Verhandlung der Einschränkungen und des Scheiterns beider Beteiligten ist für das Verständnis therapeutischer Prozesse zentral. Manchmal führen unsere Stärken zum Scheitern, während sich unsere Begrenzungen als hilfreich erweisen. Auf der bi-direktionalen Ebene der Begegnung wird ein Prozess der Heilung davon abhängen, wie sich die idiosynkratischen Stärken und Schwächen von Patient und Therapeut verwickeln und anschließend in dem Durcharbeitungsprozess behandelt werden können. Während diese Vorgänge die stillschweigende Basis unseres Verständnisses des therapeutischen Prozesses sind, wird das asymmetrische Setting aufrechterhalten. Der Fokus unserer Arbeit ist der Patient.

In meinen Schriften habe ich erläutert, wie sich unsere Subjektivität mit unseren theoretischen Präferenzen und mit unserer klinischen Arbeit verflocht. Damit hängt ein weiteres Ziel zusammen, nämlich zu zeigen, wie meine Subjektivität in die *Art*, wie ich schreibe, einfließt. Deshalb habe ich zu Beginn einen Traum geschildert, der den Rahmen meiner Fragen abgeben soll und dessen Bedeutungen sich, wenn alles geht, im Prozess des Schreibens entfalten werden.

Ich hoffe, meine eigene Subjektivität und die Art, wie ich über sie schreibe, in einer Weise zu benutzen, »zu der sich andere in einem empathischen Dialog in Beziehung setzen können« (Atwood und Stolorow 1984, S. 7), in einer Kommunikationsform also, die Träume, Assoziationen, Bruchstücke von Liedern, Metaphern, persönliche Bedeutungen einschließt. Wie ich über meine Subjektivität schreibe, soll die Kluft zwischen der Idiosynkrasie meiner Person und »der Erfahrung, Mensch zu sein« (ebd.), überbrücken. Genauso ist das intersubjektive Feld, in dem der Patient seine Wahrhaftigkeit findet, geeignet, das Potential gemeinsamer menschlicher Möglichkeiten aufzuzeigen.

Wenn ich meinen Traum als einen Aspekt meiner Pathologie deute, könnte ich meine Stimmlosigkeit als Problem der Selbstdefiniti-

on und mich selbst als eine »Als-ob-Persönlichkeit« verstehen. Ich könnte meine Störung als eine »Grundstörung« betrachten, deren Entwicklung auf mangelnde primäre Liebe zurückzuführen ist (Balint 1968). Mein Unvermögen, eine Stimme für meine Fehlbarkeit zu finden, und meine Unfähigkeit, die abweisende Gestalt zum Zuhören zu bewegen, entsprächen demnach einem erfolglosen Versuch, mich mit meiner Unvollkommenheit zu versöhnen. Was aber bedeuten die Erkenntnis, dass ich nicht »geheilt« bin, und die Angst, nicht heilen zu können? Gibt es vielleicht gar keine Heilung? Ist das »Loch« meine Vergänglichkeit, meine Unvollkommenheit, mein Tod? Ich vermute, dass mein Traum über die Heilung nichts als ein gescheiterter Versuch war, mich aus den Fesseln einer pathologischen Anpassung zu befreien (Brandchaft, Doctors und Sorter 2010). Mein stummer Schrei war ein sabotierter Versuch, authentisch zu sein, ein Flehen, trotz meiner Unvollkommenheit akzeptiert zu werden – ein illusorischer Versuch, die Liebe zu finden, die ich vor langer Zeit verloren oder vielleicht nie bekommen habe.

Wenn ich meinem Gefühl, klein und unbedeutend zu sein, nachspüre, gelange ich zu der Kernüberzeugung, nicht hier zu sein. Ich existiere nicht. Das ist der Grund, weshalb ich stumm bin, und die Ursache meiner tiefsten Ängste. In *The Abyss of Madness* beschreibt Atwood (2012) Vernichtungszustände als extreme Form der pathologischen Anpassung. Und doch, ich bin. Mir wurde geholfen, ich helfe. In meinem tiefsten Innern aber überdauern beide Zustände. All diese Gedanken bilden den Hintergrund, den Rahmen meiner Fragen nach Heilung. Was ist das Gegenstück zu meinen basalen Gefühlen der Nicht-Existenz und der Panik? Ich vermute, dass ich mein Heilungsverständnis neu definieren muss. Ich halte mich an Keith Richards' Worte: »It's good to be here ... it's good to be anywhere.«

In klinischen Gesprächen sagen wir, dass sich ein Patient in einem Zustand der Fragmentierung befindet, der Dissoziation, der Verleugung; oder dass er sich zurückgewiesen fühlt, ausgeschlossen oder

mutterseelenallein. Solche Zustände können relativ leicht und gefahrlos in der Andersheit, die wir Patient nennen, untergebracht werden, aber Therapeuten bleiben von ihnen nicht ausgenommen.

Seit meinen Zwanzigern befällt mich von Zeit zu Zeit und scheinbar unerklärlich das Gefühl, innerlich zu verbluten, das Gefühl einer offenen inneren Wunde. Ich fühle mich dann extrem verletztlich und möchte mich im Ausbluten auflösen. Ich verstehe dies als eine Phantasie, in der das Entkommen Vernichtung bedeutet, Vernichtung in einer imaginierten Identifizierung mit jenen, die mich nicht gesehen haben, einer Vereinigung, die ins Nichts mündet. Vielleicht ist das Heilmittel für die tiefe Wunde im Selbstgefühl nicht Glück, sondern eine relationale Heimat für jene von uns, deren Verzweiflung sich als Gefühl der Unsichtbarkeit äußert. Die Erfahrung, ausgeschlossen zu sein, und die damit einhergehende »existenzielle Scham« (Jaenicke 2010) – beides unauflösbar verbunden mit dem Vernichtungserleben – können so intensiv sein, dass sie nicht ins reflexive Gewahrsein gelangen und dennoch in einer solchen Vielzahl von Beziehungssystemen zum Tragen kommen, dass sie unsere Erfahrungswelten organisieren. Wenn sie der Reflexion schließlich in der Sicherheit einer Analytiker-Patient-Dyade zugänglich werden, erleben unsere Patienten mitunter entsetzliche Angst- und Panikzustände, die weit über das Gefühl, ausgeschlossen und abgelehnt zu werden, hinausreichen.

Wenn ich über die tiefere persönliche Bedeutung meines Vernichtungserlebens nachdenke, erinnere ich mich an einen Traum, den ich vor fast dreißig Jahren in meiner Lehranalyse hatte. In jenem Traum wurde mein Ohrläppchen mit einem goldenen Nagel durchstoßen. Der Nagel symbolisierte mein Gefühl, den endlosen Klagen meiner Mutter nicht entkommen zu können. Das Thema pathologische Anpassung ist, was den Werdegang und das Werden von Analytikern angeht, nicht neu. Ich erwähne es, um noch einmal zu betonen, dass derjenige, der sich von Beruf wegen mit dem Leiden beschäftigt, das eigene Leiden unweigerlich in jede Begegnung mit dem Patienten einfließen lassen

wird. Die Scham, ein gespenstischer Kerkermeister, hindert uns daran, diesen Sachverhalt als selbstverständlich zu akzeptieren. Doch es ist nicht die Aufgabe unserer Patienten, unseren Schmerz zu verstehen oder auf ihn einzugehen; dafür sind wir selbst verantwortlich. In diesem Kontext, den ich als »Mythos vom gesunden Heiler« bezeichnet habe, ist das, was mir zustößt, weniger wichtig. Ich darf es nicht verleugnen – darauf kommt es an. Mein Freund Robert Stolorow (persönliche Mitteilung) bezeichnete den »Mythos vom gesunden Heiler« sogar als Oxymoron.

Um das, was ich über mich selbst geschrieben habe, in einen theoretischen Rahmen zu stellen und um mein Vorhaben zu erklären, zitiere ich Atwood und Stolorow (1984) noch einmal vollständig: »Psychoanalytische Geschichten müssen [...] über das Narrative hinausgehen [...]. Sie müssen die Diskrepanz zwischen der konkreten Besonderheit eines individuellen Lebens und der Erfahrung, Mensch zu sein, auf eine allgemein gültige Weise überbrücken. Die Aufgabe, ein psychoanalytisches Narrativ zu verfassen, bedeutet, dass der Analytiker sein Verständnis in eine Beschreibung transponieren muss, die das Leben, das er untersucht, für die intellektuelle Community insgesamt erhellt. Das bedeutet, die geschilderten Lebenserfahrungen in einer Weise aufzudecken, zu der andere ihre eigene persönliche Welt in einen empathischen Dialog setzen können. Das intersubjektive Feld der Analyse erfüllt in dieser Hinsicht eine Vermittlungsfunktion und schafft die Grundlage, um das Muster des individuellen Lebens als *Realisierung gemeinsamer menschlicher Möglichkeiten* zu beschreiben« (S. 7; meine Hervorhebung). Ich versuche, diesem Prinzip auch im intersubjektiven Feld zwischen dem Leser und mir selbst zu folgen.

Reichlich spät im Leben habe ich begriffen, in welchem Ausmaß ich meine eigene Existenz als Qual empfunden habe. Dies anzuerkennen ist nicht leicht, denn ich wuchs in einer Familie auf, die alle Verführungen des erfolgreichen Mittelstandes bereithielt. Großvater und Vater haben ihrem Land als Botschafter gedient. Der Standartenadler

zierte das Auto und den Eingang der Botschaft. Viele Diplomatenkinder können nicht Wurzeln schlagen, stehen aber immer unter Druck, den Code des Korps zu befolgen: das Adlerauge in meinem Traum. Deshalb kann ich über meinen Schmerz nicht unbefangen sprechen. Ich fürchte, dass man mich für einen Aufschneider und Wichtigtuert hält. Doch wenn ich meinen Patienten zuhöre, deren allgegenwärtige Bekundungen von Selbstverachtung und Selbsthass so fest mit ihrem Sein verwoben sind, dass sie diese Gefühle kaum wahrnehmen, und so normal daherkommen, dass man sie leicht überhören könnte, wirkt dies nicht mehr gar so sonderbar. In diesen Patienten bebt die ursprüngliche Katastrophe, oft als kaum vernehmbares Vibrieren, genauso wie in mir selbst nach. Wenn ich die Theorie der Selbstpsychologie erläutere, stellt man mir immer wieder die gleichen Fragen: »Sie glauben also an das Gute im Menschen?« »Könnte es sein, dass Sie Ihre Patienten verwöhnen?« »Und was ist mit den 87 Kriegen, die in diesem Moment auf der Erde geführt werden?« Mir ist in solchen Situationen unbehaglich zumute, ich fühle mich wie ertappt. Doch vielleicht haben diese Kritiker das Bedürfnis, sich von der Spannung zu befreien, die sich zwischen Leid und Überleben aufbaut, in einem Leben, das der Tod krönt? Damit kommen wir wieder zur Frage nach der Heilung.

Wenn ich über Heilung schreiben möchte, muss ich über Krankheit schreiben. Wenn ich therapeutischen Erfolg definieren möchte, muss ich therapeutisches Scheitern untersuchen. Wenn ich die Therapie nicht für etwas halte, das ich *am Patienten* durchführe, sondern stattdessen überzeugt bin, dass wir uns gegenseitig verändern und dadurch zu dem werden, der wir sind, dann ist die Frage, wer wir nicht sind und sein können, genauso wichtig wie die Frage danach, wer wir sind und zu werden versuchen. Um zu verstehen, was ich mit Patienten erreichen konnte, werde ich deshalb auch untersuchen, wie ich mit ihnen gescheitert bin. Als ich zusammen mit Ron Bodansky – erfolglos – versuchte, ein Zeitschriftenheft über das Scheitern in der