

F. M. Lachmann

Selbstpsychologie: Theorie und klinische Praxis

Zusammenfassung Die Ursprünge der Selbstpsychologie lassen sich von Freuds „Narzißmus“, „Die endliche und die unendliche Analyse“ über Hartmanns spätere klärende Überlegungen zum Narzißmus bis zu Kohuts Neukonzeptualisierung des Narzißmus in seinem gleichnamigen Buch zurückverfolgen.

Im Gegensatz zu früheren Konzeptionen verstand Kohut narzißtische Pathologie als Folge einer strukturellen Verletzlichkeit, die auf wiederholte Brüche der Beziehung zu den primären Bezugspersonen der Kindheit zurückzuführen ist. In der analytischen Beziehung leben diese Verletzungen als Übertragung wieder auf. Die heutige Selbstpsychologie baut auf Kohuts Werk auf, erfuhr da und dort eine Ausweitung, aber auch Neuüberlegungen, z.B. was die Bedeutung des Selbstobjektskonzepts für die Konstituierung der Übertragung betrifft. Anhand einer Falldarstellung wird das abwechselnde Hervortreten der Selbstobjektdimension und der Repräsentanzkonfigurationen dargestellt.

Schlüsselwörter: Narzißmus, Selbstpsychologie, Psychoanalyse, Selbstobjekt, Übertragung.

Self psychology: Theory and clinical application

Abstract The origins of self psychology are traced from Freud's "On Narcissism" and "Analysis Terminable and Interminable", and Hartmann's later clarification of narcissism to Kohut's reconceptualization of narcissism in "The Analysis of the Self". In contrast to prior work, Kohut understood narcissitic pathology to be a consequence of the patient's structural vulnerability derived from repeated ruptures in the patient's ties to parental figures in childhood. In the transference these vulnerable ties were revived in relation to the analyst.

The current self psychology literature has built on Kohut's work, elaborated some aspects of it and challenged others, for example, the exclusive role of the selfobject concept in defining the transference. A case is presented to illustrate transference as a foreground-background relationship between a selfobject dimension and representational configurations.

Keywords: Narcissism, selfobject, self pathology, representational configurations, empathy, transference.

La psychologie du soi: théorie et applications cliniques

Résumé Les fondements de la psychologie du soi se trouvent dans deux contributions de Freud, intitulées Du narcissisme et Analyse finie, infinie, dans lesquelles il traite des problèmes théoriques et techniques relatifs au narcissisme et des limites de la méthode psychanalytique. Plus tard, Hartmann définit plus clairement le narcissisme en tant que représentation du soi dans le moi, préparant ainsi le terrain pour la reconceptualisation de ce phénomène effectuée par Kohut. Dans L'analyse du soi Kohut postule des axes de développement différents, mais interdépendants, pour le narcissisme et pour la relation d'objet. Au début, il conserva le modèle de conflit élaboré par Freud pour le traitement des névroses mais conçut le narcissisme pathologique comme dérivant de la vulnérabilité structurelle de patients qui, dans leur enfance, ont vécu leur relation aux figures parentales comme marquées de ruptures, d'échecs et de déceptions. Ces liens vulnérables sont réactivés par la relation à l'analyste qui s'établit dans le contexte du transfert. Alors que l'on

avait d'abord pensé qu'il n'était pas possible d'analyser ces "transferts narcissiques", on commença à les percevoir comme la part analysable du transfert effectué par des personnalités narcissiques.

Les analystes d'avant Kohut interprétaient l'admiration pour et l'idéalisation de l'analyste comme une forme déguisée de critique et de dévaluation. Par contre, dans l'une de ses premières discussions de cas (Miss F.), Kohut montre que ce qui avait d'abord été perçu comme une résistance à l'analyse est en fait un mécanisme d'auto-protection et l'expression d'un profond besoin d'être vu en tant qu'individu. Plus tard, Kohut choisit le terme de "transferts de l'objet du soi" pour désigner un phénomène qui est activé et qui se développe spontanément si l'analyste n'intervient pas dans le processus.

La littérature actuelle sur la psychologie du soi se fonde sur le travail de Kohut; elle en développe certains aspects et en critique d'autres. L'un des thèmes sujets à caution est celui de la définition de la psychanalyse: son

domaine est-il celui de l'empathie et de l'introspection seulement, ou des données empruntées à d'autres disciplines – la recherche empirique sur la petite enfance, par exemple – pourraient-elles être pertinentes? Une deuxième controverse est en rapport avec le concept de l'objet du soi: suffit-il de décrire la complexité du transfert ou faut-il s'intéresser à d'autres dimensions?

Dans plusieurs contributions publiées par Lachmann et Beebe, le transfert est conceptualisé en tant

que relation d'avant- et d'arrière-plan entre la dimension objet du soi et des configurations de représentation. Le déroulement d'un traitement psychanalytique est présenté pour illustrer les applications cliniques de cette manière de concevoir le transfert. Ce traitement montre également comment ont été gérés des scènes-modèles et le contre-transfert; il illustre une approche de type psychologie du soi de la sexualité et de l'aggression.

Die Selbstpsychologie entsprang nicht in der entwickelten Form, wie wir sie heute kennen, Kohuts Haupt. Auch bevor man von Kohut als von einem „Kohutianer“ sprechen konnte, war er Freudianer und lehrte viele Jahre lang Freuds Metapsychologie am Institut für Psychoanalyse in Chicago. Um Ihnen das Verständnis der heutigen Selbstpsychologie zu erleichtern, werde ich kurz auf ihre Geschichte eingehen.

Ausgehend von Kohuts frühesten Beiträgen, würde ich den größten Einfluß auf die Entwicklung seiner Theorie in zwei Arbeiten Freuds sehen, nämlich „Zur Einführung des Narzißmus“ (1914c) und „Die endliche und die unendliche Analyse“ (1937c). In „Zur Einführung des Narzißmus“ nimmt Freud an, daß der Zustand des Narzißmus entsteht, wenn die Libido der äußeren Welt entzogen und auf das Ich gerichtet wird. Später ergänzte Hartmann (1950), daß beim Narzißmus die Libido nicht vom Ich abgezogen wird, sondern von einer Repräsentanz des Selbst im Ich. Diese Klarstellung bildete eine wesentliche Grundlage für Kohuts neue Psychologie. Weiters beschrieb Freud das Verhältnis zwischen Narzißmus und Objektliebe als wären die beiden die Enden einer Wippe. Demnach bedinge die Zunahme des Narzißmus eine Abnahme der Fähigkeit zur Objektliebe. Ohne die Fähigkeit zur Objektliebe ist aber die Analyse der Übertragung nicht möglich. Somit ist die Analysefähigkeit vom Ausmaß der narzißtischen Pathologie abhängig. Bestimmte „anatomische Gegebenheiten“, wie sie von Freud in „Die endliche und die unendliche Analyse“ beschrieben wurden, schränken in dieser Sicht die Analysierbarkeit zusätzlich ein. Zum Beispiel wurde der Penisneid bei Frauen und die Furcht vor Homosexualität bei Männern als „gewachsener Fels“ angesehen und waren daher nicht mehr Gegenstand der Analyse.

In seinem ersten Buch „Narzißmus“ (1971) verließ Kohut das Bild der Wippe und wies darauf hin, daß es sich bei Narzißmus und Objektliebe um zwei getrennte, wenn auch in gewisser Weise verwandte Entwicklungswege handelt. Ursprünglich hielt er an Freuds Konfliktmodell zur Therapie von Neurosen fest. Die narzißtische Pathologie jedoch wurde als Folge der strukturellen Verletzlichkeit des Patienten aufgefaßt, eine Folge wiederholter Brüche, Fehlschläge oder Enttäuschungen in den Beziehungen des Patienten zu seinen elterlichen Figuren in der Kindheit. Diese verletzlichen Bindungen werden in der Beziehung zum Analytiker reaktiviert und dadurch zu analysierbaren, narzißtischen oder wie sie später genannt wurden, Selbstobjekt-Übertragungen. Der „gewachsene Fels“,

auf den Freud verwies, wurde dadurch zu einer Metapher für Gefühle der Enttäuschung, Machtlosigkeit, Verletzung und Verletzbarkeit. Gemäß den vorkohutianischen Ansichten konnten narzißtische Menschen vernünftige und konventionelle Einschränkungen sowie „anatomische Gegebenheiten“ nicht akzeptieren. In ihrer Grandiosität fühlten sie sich als etwas Besonderes, beanspruchten andere unangefochten zu kontrollieren und meinen, die völlige Einstimmung der Menschen, von denen sie Fürsorge erwarten. Sie bestehen darauf, daß ihren unrealistischen Erwartungen entsprochen wird, sowohl in der Analyse als auch im Leben. In der Zeit vor Kohut wurden Bewunderung und Idealisierung des Analytikers als versteckte Kritik und Entwertung interpretiert. Da narzißtische Menschen nicht zur Objektliebe fähig seien, konnte die Wertschätzung des Analytikers nicht echt sein. Diese Idee, daß hinter jeder positiven Übertragung eine negative steht, bildet einen Widerspruch zu den Annahmen, die Kohut (1968) in der Behandlung der Frau F. darlegt.

Als sie zur Analyse kam, beschrieb Frau F. ein diffuses Gefühl der Unzufriedenheit. Obwohl ihr Leben außerhalb der Analyse ein aktives war, hatte sie keine engen Beziehungen. Kohut stellte fest, daß es ihm während einer Phase der Analyse nicht möglich war, seine übliche Haltung der interessierten Aufmerksamkeit beizubehalten. Die Unterbrechungen seiner Aufmerksamkeit führte er jedoch nicht auf feindliche oder ausweichende Motive seiner Patientin zurück. Statt dessen begann er zu erkennen, daß seine Patientin eine bestimmte Reaktion benötigte und andere Reaktionen ablehnte, die ihr nicht richtig schienen. Kohut unterließ es, ihre Ablehnung seiner Reaktionen als Widerstand, als Größenidee oder als Ausdruck ihrer überwältigenden Anspruchshaltung zu interpretieren.

Speziell hierzu berichtet er: „... etwa zur Halbzeit der Sitzungen wurde sie plötzlich sehr wütend über mein Schweigen ... Wenn ich dann einfach nur ihre Worte zusammenfaßte oder das Wesentliche wiederholte, wurde sie schnell ruhig und machte einen zufriedenen Eindruck. Wenn ich aber nur einen kleinen Schritt über das hinausging, was sie gerade gesagt hatte, wurde sie wiederum wütend und beschuldigte mich heftig, mit angespannter hoher Stimme, ich würde sie in Frage stellen und hätte mit meiner Bemerkung alles zerstört, was sie aufgebaut hatte, ja die ganze Analyse würde ich kaputt machen.“

In der Analyse der Frau F. wurde Kohut „auf die richtige Spur gelenkt, vor allem durch die hohe Stimm- lage, die Ausdruck ihrer Überzeugung war, im Recht zu

sein – die Überzeugung eines kleinen Kindes; eine aufgestaute, bis dato ungeäußerte Überzeugung“.

Er entdeckte eine spezifische analysierbare narzißtische Übertragung, eine Spiegelübertragung, die auf einem unterdrückten Kindheitsbedürfnis nach Anerkennung und Bestätigung beruhte. Frau F. entwickelte eine spezifische Bindung zu ihrem Analytiker. Um diese Bindung zu erhalten, mußte sie Kohut sehr stark in seinen Reaktionen einschränken. Die Untersuchung unvermeidlicher Brüche in der Beziehung zu Kohut brachte die Kindheitswurzeln der strukturellen Verletzbarkeit von Frau F. zutage. Immer wenn Kohut nur eine kleine Bemerkung zu Frau F.s Selbsterkenntnis hinzufügte, wiederholte er ihre Kindheitserfahrung mit ihrer depressiven Mutter. Frau F. erinnerte sich an Erfahrungen, wo sie versuchte, die Aufmerksamkeit ihrer Mutter durch Erregung und Redseligkeit zu fesseln. Doch die Mutter wandte ständig die Aufmerksamkeit von ihrem Kind ab und war mit sich selbst beschäftigt.

Was vorher immer als Widerstand gegen die Analyse interpretiert worden war und als verborgene Motive, den Analytiker abzuwerten oder zu entwerten, wurde nun von Kohut als Selbstschutz gesehen und als ein tiefes Bedürfnis nach Anerkennung. In der Art, in der Frau F. kommunizieren konnte, deutete sie die von ihr erlebte Notwendigkeit an, ihr affektives Selbstgefühl echohaft von ihrem Analytiker bestätigt zu erhalten. Diese Analyse war wegberaubend, weil zum ersten Mal die narzißtische Pathologie nicht als Mangel an Beziehungsfähigkeit sondern als Mangel an reiferen Formen des Narzißismus wie z.B. Empathie und Selbstwertregulation verstanden wurde. Diese Transformationen dessen, was Kohut als „archaischen Narzißismus“ bezeichnete, erweisen sich als hilfreich für Beziehungen. Anstatt den Patienten mit der Tatsache zu konfrontieren, daß er unfähig ist Beziehungen einzugehen, ist der Analytiker gefordert, den einzigen Weg zu akzeptieren, auf dem der Patient in eine Beziehung treten kann. Auf diese Weise werden nach Kohut analysierbare narzißtische Übertragungen verstanden und entwickeln sich weiter. Darüberhinaus erweist sich die Untersuchung der Übertragungsbrüche, die unweigerlich entstehen, als heilsam und erlaubt einen Neuaufbau dieser Übertragungen, der zu einer Integration des Selbstgefühls führt.

Kurz nach seiner Analyse der Frau F. ersetzt Kohut (1977) den Begriff „narzißtische Übertragungen“ durch den der „Selbstobjekt-Übertragungen“, um damit auszudrücken, daß die Art, in der eine Person (z.B. ein Therapeut) erlebt wird, Funktionen beinhaltet, die der Aufrechterhaltung oder der Wiederherstellung des Selbstgefühls dienen. Er läßt auch die Unterscheidung zwischen Neurose und narzißtischer Pathologie fallen. Selbstpathologie wurde sein übergreifendes Konzept, das der neurotischen Pathologie zugrundeliegt.

Die Bedeutung dieser Erkenntnisse der Selbstpsychologie für die Behandlung waren die weitreichendsten und revolutionärsten der Arbeit Kohuts. Er schlug vor, daß Selbstobjekt-Übertragungen sich gleichzeitig aktivieren und entwickeln lassen, wenn der Analytiker diesen Prozeß nicht stört. Das heißt, der Analytiker darf nicht das Bedürfnis des Patienten, sie oder ihn zu idea-

lisieren einschränken (die idealisierende Selbstobjekt-Übertragung, die zu dauerhaft internalisierten leitenden Idealen führen kann); er darf auch keinesfalls die Erfahrung des Patienten, die Akzeptanz des Analytikers zu genießen, beeinträchtigen (die Spiegel-Selbstobjekt-Übertragung), die zu phasengerechten Bestrebungen führen kann.

Die aktuelle Literatur zum Thema Selbstpsychologie baut auf Kohut's Arbeit auf, erweitert einige seiner Ausführungen und stellt sie zum Teil auch in Frage. Eine laufende Kontroverse betrifft die Grundlage der Psychoanalyse, die Kohut's Ansicht nach durch Empathie und Introspektion definiert ist. Einige Vertreter der Selbstpsychologie halten an dieser Position fest, und halten nur Daten der psychoanalytischen Behandlung, die durch Empathie und Introspektion gewonnen werden, für relevant für die psychoanalytische Selbstpsychologie. Andere wiederum, zu denen ich mich selbst zähle, möchten die Psychoanalyse mit einer empirisch entwickelten Theorie ausstatten, die auf die Erforschung der frühen Entwicklung zurückgreift. Dieser Punkt steht im Zusammenhang mit einer zweiten Kontroverse: Ist das Selbstobjekt-Konzept ausreichend, um die Komplexität der Übertragung zu beschreiben? Eine Reihe von Vertretern der Selbstpsychologie bejaht diese Frage. Ich gehöre zu jenen, die diese Ansicht nicht teilen. Gemeinsam mit meiner Mitarbeiterin Beatrice Beebe habe ich mich mit dieser Frage auseinandergesetzt.

Wir (Lachmann und Beebe, 1992) meinen, daß Übertragung aus einer Selbstobjekt-Dimension und aus repräsentativen Konfigurationen besteht, die in einer Vordergrund-Hintergrund-Beziehung zueinander stehen. Unser Argument lautet: Wenn wir uns auf Selbstobjekt-Übertragungen beschränken, können wir leicht die Themen aus dem Blick verlieren, die für die Organisation von Repräsentanzen vergangener Beziehungen und aktueller Erfahrungen des Patienten maßgeblich sind. Wenn wir uns jedoch auf die Interpretation von repräsentativen Funktionen beschränken, können wir unsere Sensibilität für die Verletzlichkeit des Patienten und sein Streben nach Selbstverwirklichung verlieren. Außerdem versuchten Beebe und ich, Selbstobjekt-Übertragungen hinsichtlich dessen zu analysieren, was 1) die Selbst- und die gegenseitige Regulation betrifft, 2) deren Störung und Wiederherstellung sowie 3) den gesteigerten Affekt (Beebe und Lachmann, 1994). Kohut sah lediglich Störung und Wiederherstellung als strukturierende Momente, wir hingegen sehen alle drei als Voraussetzung zur Organisation von Erfahrung sowohl in der Selbstobjekt- als auch in der repräsentativen Dimension. Am folgenden Fallbeispiel sollen diese Entwicklungsfaktoren illustriert werden:

Eine 36jährige, geschiedene, berufstätige Frau, der es nach jahrelanger Therapie nicht gelungen war, ihre depressive Lebenseinstellung aufzugeben, begann ihren dritten Versuch einer psychotherapeutischen Behandlung. Es war ihr immer noch nicht möglich, etwas wie Freude zu empfinden. Nach einem Monat der Therapie begann sie ihre Analysestunden mit Fragen wie z.B.: Wie werden Sie mir helfen? Inwiefern wird diese Therapie jetzt anders? Wie wird mir das guttun?

Die ursprüngliche Art, in der diese Patientin ihre Behandlungserfahrungen organisierte, beruhte auf der schon lang bestehenden Überzeugung, daß sich durch nichts eine Veränderung in ihrem Leben herbeiführen ließe. Wenn ich ihr ihren eigenen Pessimismus vor Augen hielt, sagte sie, ihr früherer Analytiker hätte sie als abwehrend und masochistisch bezeichnet und hätte gemeint, ihr fehle der Wille, sich selbst zu helfen und die Behandlung in sinnvoller Weise anzunehmen. Von mir erwartete die Patientin, ich würde sie ebenfalls für den fehlenden Fortschritt verantwortlich machen. Wenn ich ihr andererseits nicht die Verantwortung zuschieben würde, meinte sie, daß ich zu nett wäre, ja sogar pathologisch nett und ein Problem habe, mit Aggression umzugehen. In diesem Fall wäre ich auch nicht in der Lage, ihr zu helfen, und sie könnte gleich wieder gehen.

Ich erkannte, wie wichtig der Patientin ihre Überzeugung war, daß ihr nicht zu helfen sei und daß sie nicht in der Lage sei, sich zu ändern. Ich mußte mich selbst streng überwachen – wenn auch nicht immer mit Erfolg –, um ihr nicht mein Bedürfnis aufzuzwingen, aus ihr eine „einfachere“ Patientin zu machen. Meinen eigenen Affekt zu regulieren war mein Beitrag zu unserer gegenseitigen Regulation. Von seiten der Patientin war es notwendig, ihre Erregung zu regulieren, damit sie den Kontakt zu mir aufrecht erhalten konnte, ohne sich überwältigt und bedroht zu fühlen. Nach einigen Monaten der Exploration wurde eine Modellszene formuliert, die auf einer Kindheitserfahrung beruhte (Lachmann und Lichtenberg, 1992).

Die Patientin lebte mit ihrer Familie auf einer Farm im mittleren Westen. Im Alter von 8 Jahren erhielt sie ein Pferd als Geschenk. Obwohl ihr gezeigt worden war, wie sie sich um das Pferd zu kümmern hätte, hielt sie sich nicht an die Instruktionen. Das Pferd begann zu lahmen und mußte getötet werden. An dem Tag, an dem das Pferd schließlich getötet werden sollte, sagten ihre Eltern, daß sie alle zusammen zum Picknick fahren würden. Sie war sich der Tatsache bewußt, daß das Pferd getötet würde. Sie wußte auch, daß das Picknick den Versuch ihrer Eltern darstellte, ihr den Schmerz zu ersparen, die traurige Sache auf der Farm mitzuerleben. Aus den Gefühlen der Verantwortung, Schuld und Loyalität wollte sie jedoch bis zuletzt an der Seite ihres Pferdes bleiben. Gleichzeitig glaubte Sie, ihre Eltern hätten das Bedürfnis, sich schützend und liebevoll gegenüber ihrem Kind zu verhalten. Sie gab schließlich dem Bedürfnis ihrer Eltern nach, ging mit zum Picknick und verriet dadurch ihre eigenen Ideale. Als sie bei der Rückkehr feststellen mußte, daß das Tier tatsächlich fort war, fühlte sie sich beschämt.

Diese Modellszene, das Erfüllen des elterlichen Bedürfnisses, im Sinne guter Elternschaft richtig zu handeln, unter Aufgabe ihrer eigenen Identität, das Einwilligen zu einem Picknick, während ihr Pferd getötet wird, verdichtete zahlreiche frühere Erfahrungen ähnlicher Dynamik. Die Szene repräsentiert die Art, wie die Patientin fortfuhr, ihre Erfahrungen zu organisieren und schloß auch die analytische Beziehung mit ein. Um weiteren Selbstbetrug zu verhindern, war die Patientin bestrebt, ihre Selbstachtung zu bewahren, indem sie

niemals wieder zuließ, daß andere Menschen für sie etwas tun oder ihr etwas schenken.

Die depressiven, pessimistischen Zustände der Patientin, ihre Inflexibilität, ihr „Widerstand“ in der Analyse und die Themen, nach denen ihre Modellszene organisiert war, wurden klarer und konnten so verstanden werden:

„Ich muß auf der Hut sein vor Menschen, die versuchen, mir etwas Gutes zu tun. Wenn ich es zulasse, riskiere ich, ein schmerzhaftes, reales Ereignis zu überdecken. Ein Gefühl des Glücks und der Zufriedenheit könnte sich als Selbsttäuschung erweisen. Wenn andere wollen, daß es mir gutgeht oder sie versuchen, mir Schmerz, Schuldgefühle oder Sorgen zu ersparen, so geschieht das nur in ihrem eigenen Interesse. Meine Selbstachtung und Integrität gebieten, daß ich mir von niemandem helfen lassen darf. Solange ich mich deprimiert, schuldig und verzweifelt fühle, weiß ich meine Integrität gewahrt.“

In der Tat war es ein zentrales Anliegen der Patientin, niemals anzuerkennen, daß jemand in der Lage sei, ihre Befindlichkeit zu verbessern. Nur indem sie sich miserabel fühlte, konnte sie ihrem Pferd Treue erweisen.

Durch die gemeinsame Konstruktion der Modellszene und ihre Interpretation verstand ich die Bedeutung ihres Kampfes mit mir und erkannte die Notwendigkeit ihrer oppositionellen Haltung zur Wahrung ihrer Integrität. Die Tatsache, daß ich die abwehrende Haltung der Patientin akzeptierte, änderte nichts an ihrer Furcht, ihren Selbstbetrug aufs Neue zu erfahren. Ihr wurde aber ein Gefühl der Effizienz vermittelt, da sie eine Wirkung auf mich ausgeübt hatte. Ich zog ihre grandiose Überzeugung, daß ihr nicht geholfen werden könne, nicht in Zweifel. Sie konnte sich anerkannt, akzeptiert und verstanden fühlen, so wie sie war, ohne sich selbst aufgeben zu müssen. Gleichzeitig kam es zu einer Organisation von Erwartungen in Bezug auf neue Möglichkeiten mit ihrem neuen Analytiker, trotz ihrer Sorge, er könnte zu nett sein. Eine Spiegel-Selbstobjekt-Beziehung wurde allmählich aufgebaut und eine Veränderung in ihrer Depression war zu erkennen. Sie faßte vorsichtig Hoffnung.

Von Patienten geäußerte Größengefühle, besonders in der Form von Übertreibungen bei Selbstbeschreibungen werden manchmal von Analytikern als Arroganz, Verdrehtheit oder als Ausdruck einer übersteigerten Selbstbezogenheit interpretiert. Ist das der Fall, besteht die Reaktion des Analytikers häufig darin, „dem Patienten die Realität vorzuführen“, „Verzerrungen zu korrigieren“, „Fehlinterpretationen aufzuklären“ oder es werden gar direkte Versuche unternommen, das Größengefühl des Patienten zu zerschlagen. Ganz gleich, wie taktvoll die Intention und Durchführung solcher Interventionen erfolgt, können sie vom Patienten als Wiederholung früherer traumatischer Einwirkungen auf seine Selbstachtung erlebt werden. Gerade die ausgeprägte Verletzlichkeit, die dem pathologischen Narzißismus zugrundeliegt, kann auf diese Weise noch verstärkt werden.

Obwohl ich den Widerstand meiner Patientin akzeptierte, konnte sie ihn nicht aufgeben, ohne sich weiter

in Gefahr zu fühlen. Sie hatte Furcht vor einer Bindung zu mir, um nicht zu unterliegen und sich an einem Selbstbetrug schuldig zu machen. Sie hatte sich verpflichtet gefühlt, auf ihre eigenen Kosten ihre Eltern in deren Rollenverpflichtung zu bestätigen, sodaß diese das Gefühl haben könnten, als gute Eltern zu handeln. In der Behandlung erwartete und fürchtete sie nun die Wiederholung ihres Selbstbetruges. Eine Erfüllung ihrer Sehnsucht nach Verständnis und Mitgefühl könnte die Einbuße ihrer Integrität bedeuten.

Diese Anfangsphase der Therapie veranschaulicht die gemeinsame Konstruktion einer Modellszene, das Erfüllen der elterlichen Wünsche und den Verrat an der eigenen Integrität. Gleichgültig, ob die Geschichte in jedem Detail der Realität entsprach, stellten sich darin der Patientin wichtige Themen der früheren Beziehungen dar, ihre Charakterstruktur, ihre Selbstorganisation und die Übertragung. Zu Beginn der Analyse enthielten die repräsentativen Konfigurationen der Patientin die von ihr befürchteten Erwartungen der Notwendigkeit eines neuerlichen Selbstbetruges, die auf mein Bedürfnis, als „guter Elternteil“ anerkannt zu werden, zurückzuführen sind. Die Selbstobjekt-Dimension enthält die lange bestehenden, jedoch wiederholt gebrochenen Bedürfnisse der Patientin nach Anerkennung und Akzeptanz. Diese Bedürfnisse wurden in ihrer Kindheit nur ungenügend erfüllt. Die Einbeziehung und Analyse dieser Bedürfnisse in der Übertragung könnte die Fähigkeit zur Regulierung von Affekt und Selbstachtung entwickeln, das Beruhigen und Beleben des Selbst und schließlich zur Transformierung weiterer selbst-regulierender Fähigkeiten führen.

Die Patientin hatte eine frühe Beziehung zu einer flotten, abenteuerlustigen jungen Haushälterin, die sich von ihrer Geburt bis zum dritten Lebensjahr, als ihre Schwester zur Welt kam, um sie kümmerte. Sie zog die Haushälterin sogar ihrer eigenen Mutter vor. Die Abreise der Haushälterin hinterließ eine Leere, die eine Zeit der Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit einleitete. Etwa 1 1/2 Jahre später kehrte die Haushälterin für kurze Zeit in die Familie zurück. Die Enttäuschung der Patientin war groß, als die Frau sie nach wenigen Monaten aufs neue verließ. Sie war davon ausgegangen, daß die Haushälterin zurückgekehrt war, um nun ganz bei ihr zu bleiben. Schließlich schrieb die Patientin sich und ihren negativen Eigenschaften die Abreise der Haushälterin zu. Daher dachte sie, es wäre ein Fehler zu glauben, daß der Frau an ihr etwas läge. Die emotionale Verantwortung und der nachfolgende Verlust der Haushälterin bildeten den Grundstein für ihren ständig zunehmenden Pessimismus.

Für die Patientin stand die nüchterne Art der Haushälterin in krassem Gegensatz zur emotionalen Oberflächlichkeit und Heuchelei ihrer Mutter. Die plötzliche Abreise der Frau hinterließ bei ihr das Gefühl, entwurzelt und verletzbar zu sein. Im Laufe der Analyse zeigte sich in der Übertragung das Bedürfnis, die Haushälterin wiederzufinden und die Furcht davor, sich zu öffnen, um den Verlust noch einmal zu erfahren. Die Schwankungen in ihrem Gefühl der Leere und Depression korrelierten mit der Enttäuschung, die sie empfand, wenn ich sie nicht verstand oder wenn ich

mehr Hoffnung erkennen ließ, als sie auszuhalten imstande war.

Die relativ stabile Spiegel-Selbstobjekt-Bindung, die auf der Erfahrung des Akzeptiertwerdens basierte, stützte sich auch auf das frühere Gefühl der Verbindung mit ihrer Haushälterin. Durch diese Selbstobjekt-Dimension der Übertragung fühlte sich die Patientin lebendiger, adäquater und geschätzter. Allmählich gab sie an, sich während der analytischen Sitzungen besser zu fühlen. Um diese (selbststützende) Bindung aufrecht zu erhalten war ich gefordert, Schlußfolgerungen zu ziehen, zu raten, mit Hilfe von Deduktionen etwas zu wissen oder intuitiv zu verstehen, wie ihre Gefühlszustände waren und was ihre Traumbilder oder andere Erfahrungen bedeuteten. Aktives Zusammenarbeiten mit mir, indem sie ihre Assoziationen mitteilte, enthielt nach wie vor die Gefahr des Selbstbetruges. Ich mußte zu meinen Einsichten gelangen, ohne auf ihre Assoziationen zurückgreifen zu können. Mein Unvermögen, das zu wissen, was ich gemäß ihren Vorstellungen wissen sollte, bedeutete für sie, daß ihr Gefühl der Vertrautheit zu mir falsch war. Folglich fühlte sie sich bedroht, und wurde wütend, wenn sie ihre Gedanken aussprach. Andererseits, sie ohne ihre Assoziationen zu behandeln könnte mich bedrohen und mich wütend machen. Was sie erwartete, war eine Art des intuitiven Verstehens, das sie nur von ihrer Haushälterin her kannte. Alle ihre Hoffnungen setzte sie in meine Fähigkeit, ihre Vitalität wieder aufleben zu lassen. Implizit bestätigte ich die Notwendigkeit eines solchen intuitiven Verstehens, da es eine zentrale Erfahrung für sie darstellte.

Von Zeit zu Zeit sagte die Patientin Dinge, wie z.B.: „Gestern sagte ich Ihnen etwas sehr Wichtiges. Wissen Sie, was ich meine?“ Ich blickte sie dann fragend an. Oder manchmal antwortete ich: „Nein, ich weiß nicht, was Sie meinen.“ Meine Antwort bewies ihr, daß es falsch von ihr war anzunehmen, daß wir in der vorangehenden Sitzung eine enge Verbindung hatten. In solchen Situationen wirkte sie schockiert. Allmählich begann ich diese Interaktion als ihre Art zu begreifen, eine Verbindung zu lösen, die zu intim geworden war, und sie gleichzeitig auf niedrigerer Temperatur fortzusetzen. Schließlich war ich soweit, ihre Fragen als Versuch zu interpretieren, sich selbst zu beweisen, daß die intime Beziehung zu mir eine Illusion war. Die repräsentative Konfiguration der Übertragung schuf und verhinderte eine Wiederholung der Sequenz „Zuneigung – im Stich gelassen werden“, die sie mit ihrer Haushälterin durchgemacht hatte. Da sie der Überzeugung war, einen Fehler begangen zu haben, der Haushälterin ihr Vertrauen zu schenken, konnte sie ein solches Risiko nicht mehr eingehen. Wenn ich jedoch richtig erriet, worauf sie mit ihren Fragen anspielte, konnten wir beide einen Augenblick gesteigerten Affektes erleben. In solchen Augenblicken gab sie weitere Hinweise und hielt die Verbindung zu mir aufrecht, zumindest vorläufig. Ich interpretierte dieses Verhalten einerseits als außergewöhnlichen Mut, Gefahr jederzeit zu tolerieren und andererseits als verzweifelt Bemühen um Selbstschutz.

Diese interpretierende Haltung vermochte nicht die Intensität ihrer Angst zu verhindern. Als sie mir den

Vorwurf machte, ich sei unheilbar hoffnungsvoll, mußte ich den mir eigenen Enthusiasmus und Optimismus dämpfen. Immer wenn ich mich irrte und sie falsch verstand oder wenn ich meine eigene Hoffnung zeigte, wurde die Patientin wütend, sarkastisch und bekam Kopfschmerzen. Wenn sie sah, daß ich ihre Wut ertragen konnte, war die Störung wieder behoben.

Etwa zwei Jahre, nachdem die Furcht vor Selbstbetrug in der Analyse deutlich geworden war, begann die Patientin immer häufiger ihre Sitzungen, indem sie verschiedenste Beschwerden mitteilte. Diese zeigten, daß die Patientin erwartete neuerlich verlassen zu werden, was offensichtlich auf die Zeit nach der Abreise ihrer Haushälterin zurückging.

Traumatische Erfahrungen mit ihren frühen Bezugspersonen trugen zur Organisation ihrer starren Erwartungen bei. Die Haushälterin hatte sie durch ihre plötzliche und unerwartete Abreise betrogen. Ihre Eltern hatten sie durch die Forderung betrogen, auf Kosten ihrer Integrität als liebevoll anerkannt zu werden. Ihre kleinere Schwester hat über sie triumphiert. Trotzdem signalisierten mir ihre „Beschwerden“ eine gewisse Hoffnung auf Ansprechbarkeit. Im Grunde war sie der Überzeugung, daß sie nur hingegenommen, als uninteressant und wertlos angesehen werde und schließlich verlassen werde, wenn sie es unterließ, ihre Beschwerden zu äußern.

Die Patientin beklagte sich, daß der Analyseraum einmal zu warm wäre, dann wieder zu kalt, zu stickig, zu hell oder zu dunkel. Entweder saß ich ihr auf meinem Stuhl zu nahe oder zu weit entfernt. Entweder war sie unendlich durstig oder sie erlitt einen Migräneanfall. Ursprünglich vermittelten diese „Beschwerden“, daß sie sich schlecht behandelt fühlte und weitere Uneinfißlichkeiten erwartete. Die gesteigerte Empfindlichkeit der Patientin gegenüber Temperatur, Helligkeit, Distanz oder Durst schien ein Gefühl der Einsamkeit hervorzurufen. Sie hatte Angst, alles selbst regeln zu müssen, um sich einigermaßen wohl fühlen zu können. Meine Folgerung war, daß sie erwartete, wie in der Vergangenheit Personen ausgeliefert zu sein, die gleichgültig, aufdringlich, gefühllos sind oder sie im Stich lassen. Die Erwartung der Patientin, auf Gleichgültigkeit zu stoßen, wurde in unsere Interaktion eingebunden.

Bevor sie in mein Büro kam, zog die Patientin gewöhnlich ihre Schuhe aus und ließ sie im Wartezimmer. Sie erklärte, daß sie sich ohne Schuhe wohler fühle, war aber gleichzeitig darüber besorgt, daß ihre Füße einen schlechten Geruch verbreiten könnten. Konnte ich den Geruch ihrer Füße ertragen und ihren alten, häßlichen, abstoßenden Körper? Ohne Worte verstand ich, daß sie mir durch dieses Ritual zeigte, wessen sie sich am meisten schämte. Es war von zentraler Bedeutung, daß ich ihre unausgesprochene Frage verstand: Finden Sie mich sexuell abstoßend? Wenn sie während dieser Sitzungen in Schweigen verfiel, wartete sie auf meine Frage nach ihren sexuellen Gefühlen. Diese Befragung warf allerdings kein Licht auf ihr unbewußtes Phantasieleben. Es war eher die Tatsache, daß ich die Frage überhaupt stellte, die zählte. Das zeigte ihr, daß ich sie nicht abstoßend fand. Als Folge wurde

sie sichtlich entspannter. Diese Interaktionen bewiesen, daß ich nicht die Nähe zu ihr scheute. Es kamen ihr dann Erinnerungen an den Mangel an physischer Zuneigung in ihrer Familie, verknüpft mit ihrer Aversion gegen ihren eigenen Körper.

Schon früh in der Analyse erwies sich meine Fähigkeit, zu raten und intuitiv zu „wissen“, was sie betrübte, ohne daß sie ihre Assoziationen preisgeben mußte, als überaus wichtig. In diesem frühen Stadium der Behandlung war es für sie von Bedeutung, ihr Erleben so exakt wie möglich bestätigt zu erhalten. Wie bei Kohuts Frau F. waren all meine zusätzlichen Ausführungen unerträglich für sie. Sie war der Überzeugung, daß nur eine exakte Bestätigung ihr die Angst, nicht verstanden zu werden, nehmen könnte.

Später in der Analyse fand eine bedeutende Änderung in der Art der Übertragung statt. Ihr früheres Bedürfnis, ich müsse sie „intuitiv“ verstehen, veränderte sich jetzt zu einer neuen Erwartung. Sie wollte jetzt von mir kreative, ja sogar etwas konfrontierende Interpretationen. Die Untersuchung ihres Bedürfnisses nach solchen Interventionen ergab eine spezifische dynamische Bedeutung. Nicht der Inhalt der Deutungen zählte, sondern die Tatsache, daß ich imstande war, sie zu geben. Als Empfängerin dieser kreativen und herausfordernden Intervention erlebte sie erneut die Erfahrungen, die sie mit ihrem idealisierten, „phallischen“ Vater in der Präpubertät gemacht hatte.

In der Zeit, als die Patientin in das Pubertätsalter gekommen war, war ihr erfolgreicher Vater, ein Mediziner, barbituratsüchtig. Von dieser Zeit an sah sie ihn als „kastriert“ und „entwertet“. Diese Erinnerungen standen in krassem Gegensatz zu den früheren Erinnerungen an ihren tatkräftigen „phallischen“ Vater. Wir folgerten, daß sie sich dem Vater zuwandte, nachdem sie von der Haushälterin verlassen worden war. Zu dieser Zeit konnte ihr Vater ihr die dringend benötigte Begeisterung vermitteln, bis er ebenfalls zu einer Enttäuschung für sie wurde.

Die repräsentative Konfiguration des „kastrierten“ Vaters und der wütenden Tochter rückte in den Vordergrund der Behandlung, wenn es mir nicht gelang, sie durch meine Kommentare zu faszinieren. In der Analyse drückte sie ihre Enttäuschung und Wut offen aus, anders als in ihrer Familie, wo sie diese Gefühle zurückhielt. Sie wollte sich nicht an der von ihrer Mutter ausgehenden Geringschätzung und Erniedrigung des Vaters beteiligen. Sie wollte einen starken Vater haben, und seine Bezeichnung „toughy“ für sie vermittelte ihr, daß auch er eine starke Tochter wollte. Obwohl sie versuchte, der starke Sohn für ihn zu sein, den er sich ihrer Ansicht nach wünschte, scheiterte sie. Sie spürte, daß sie eine Enttäuschung für ihn war. Sie war fest davon überzeugt, daß ihr Vater einen starken Sohn wollte, um seine Kastration wettzumachen. Es war eine große Erleichterung für sie, festzustellen, daß ich anders als ihr kastrierter Vater war. Nun hatte sie keinen Grund mehr, sich als Enttäuschung zu fühlen; sie mußte auch nicht mehr „stark“ sein und sich selbst opfern. Obendrein mußte sie mich nicht mehr stützen, eine Wiederholung ihres Versuchs, dem Vater seine frühere idealisierte, phallische Position zurückzugeben.

Die phallischen Bilder und ihre Phantasien, meinen Penis zu ergreifen und zu beißen, waren nicht als Ausdruck des „gewachsenen Felsens“ ihres Neides zu sehen. Sie stellten vielmehr den Versuch dar, sich zu versichern, daß ich einen Penis hatte und sie mir nicht ein Gefühl von Männlichkeit verleihen mußte. Ihre sexuell aggressiven Phantasien bildeten Reaktionen auf ihre Furcht, daß ich sie verlassen könnte, obwohl sie mir nahe sein wollte. In den Augenblicken der Analyse, wenn ihre nicht verbalisierten Erwartungen erfüllt wurden, empfand sie Freude und Befriedigung und fühlte sich wirklich verstanden. Diese speziellen Augenblicke beruhten oft darauf, daß ich ihr Verlangen, akzeptiert zu werden, erkannte. Für sie war es von großer Bedeutung, daß sie für mich nicht „stark“ zu sein brauchte. Es gab andere Momente, in denen wuterfüllte, sadistische, rachsüchtige Absichten den Kern ihrer Beschwerden, Träume, Bilder und Assoziationen bildeten. Mein Erkennen dieser Zustände signalisierte ihr, daß ich auch solche Aspekte ihrer Person akzeptieren konnte, für die sie sich schämte und die in ihrer Familie streng zensuriert waren. In weiterer Folge verloren ihre „Beschwerden“ an Intensität und wurden seltener. Sie versuchte, mehr Kühnheit in ihr Leben zu bringen, indem sie sich gelegentlich eine „Extravaganz“ leistete, und mehr Kühnheit in die Analyse, indem sie Zug um Zug jene Phantasien preisgab, deren sie sich schämte. Ein Punkt von größter Wichtigkeit war die Tatsache, daß sie meine Grenzen, sie zu verstehen, immer besser zu tolerieren lernte.

Das klinische Material, das ich hier beschreibe, stammt aus den ersten fünf Therapiejahren. Zu diesem Zeitpunkt, gegen Ende des fünften Jahres, hätte die Patientin die Frage, ob und wie sie aus ihrer bisherigen Analyse profitieren konnte, vermutlich nur verneint. Dennoch hielt sie alle Termine vorbildlich ein und beteiligte sich an der Arbeit mit mir. Änderungen in meinem Terminplan brachten sie durcheinander und steigerten ihr Gefühl der Hoffnungslosigkeit, was auf eine lebhaftere Selbstobjekt-Bindung hindeutete. Erst im siebenten Jahr konnte die Patientin die Bedeutung dieser Bindung offen anerkennen. Die Beendigung der Therapie war erst nach elf Jahren möglich. Ausgehend von einer traditionellen psychoanalytischen Sichtweise, verleiten derart schwer therapierbare Patienten häufig zu Interpretationen, daß sie unbewußt versuchen, die Analyse zu zerstören, zu entwerten oder zu kontrollieren. Sicherlich sind solche Motive plausibel. Aus der Sicht der Selbstpsychologie jedoch, gehen sie zurück auf Selbstobjekt-Störungen, ein Gefühl der Verletzbarkeit, Hilflosigkeit, Leere oder hypomanischen Erregung. Manchmal werden die Widerstände eines Patienten auch auf seine Aggression zurückgeführt. Versuche, die Analyse zu behindern, sind nicht die eigentliche Motivation, sondern vielmehr als Reaktion, innerhalb des subjektiven Kontexts des Patienten zu sehen. Die heroischen Versuche des Patienten, sich selbst zu schützen und eine Retraumatisierung zu vermeiden, als Hindernisse für eine Behandlung zu werten, bezeichnet den grundlegenden Unterschied der anderen psychoanalytischen Schulen zur Selbstpsychologie.

Ich begann meine Ausführungen mit einem Kommentar über einen Aspekt der Sexualität in der Selbstpsychologie. Nun zum Schluß möchte ich noch auf die Stellung der Aggression anhand eines Cartoons eingehen, den ich von einem Patienten erhielt. Er zeigt eine Szene im Dschungel, in der ein riesiges wildes Tier zwei Jäger verfolgt. Die beiden laufen um ihr Leben und haben nur noch einen kleinen Vorsprung. Im Bildtext sagt der eine Jäger zum anderen: „Eigentlich hat er Angst vor uns, doch seine Unfähigkeit, mit dieser Angst fertig zu werden, macht ihn wütend. Wut ist etwas, womit er umgehen kann.“

Der Cartoon enthält zwei selbstpsychologische Annahmen über Aggression. Zum ersten ist Aggression reaktiv. Schließlich verfolgt das Tier zwei Jäger. Aber das Bild läßt sich noch weiter ausbauen. Selbst wenn die beiden guten Willens und keine Jäger wären, könnte das Tier immer noch annehmen, bedroht zu werden und Wut wäre die Reaktion auf eine Bedrohung. Mit Sicherheit muß die wütende Reaktion erkannt werden. Es handelt sich aber um die Neigung, sich bedroht zu fühlen, die die Verletzbarkeit des Selbst definiert und behandlungswürdig ist. Lassen sie uns das Bild noch weiter spinnen. Wäre es ein wilder Patient, der im Cartoon den Analytiker verfolgt, dann würde der Analytiker selbstständig und zusammen mit dem Patienten zu verstehen versuchen, was die Wut ausgelöst hat und in welchem Ausmaß die Gegenübertragung oder andere Aspekte des analytischen Settings zu dem Gefühl der Bedrohung des Patienten beigetragen haben könnten.

Die zweite Annahme lautet, Wut kann eine belebende Erfahrung darstellen, was Furcht nicht kann. Angst und Unzulänglichkeitsgefühle in Wut zu transformieren, kann das Gefühl des Selbst stärken. Ein Festhalten an der Wut bedeutet aber für den Patienten, daß seine Motivation auf ein lebensnotwendiges Bedürfnis nach Wahrung des Selbst zurückgeht und nicht auf Dankbarkeit oder Freude, auch wenn diese vorhanden sind. Wenn wir die Selbstobjekt-Funktion der Wahrung des Selbst außer Acht lassen, könnte der Fall eintreten, daß wir ein wutschäumendes Tier vor uns sehen, das zwei Jägern nachsetzt, anstatt seiner Angst und Unfähigkeit mit dieser Wut umzugehen.

Literatur

- Beebe B, Lachmann FM (1994) Representation and internalization in infancy: three principles of salience. *Psychoanal Psychol* 11: 127–165
- Freud S (1914/1957) On narcissism: an introduction. In: *Standard edition*, vol 14. Hogarth Press, London, pp 69–102
- Freud S (1937/1964) Analysis terminable and interminable. In: *Standard edition*, vol 23. Hogarth Press, London, pp 211–253
- Hartmann H (1950/1964) Comments on the psychoanalytic theory of the ego. In: *Essays on ego psychology*. International Universities Press, New York, pp 113–141
- Kohut H (1968/1978) The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders: an outline of a systematic approach. In: Ornstein P (ed) *The search for the self*, vol 1. International Universities Press, New York, pp 477–509
- Kohut H (1971) *The analysis of the self*. International Universities Press, New York

Kohut H (1977) *The restoration of the self*. International Universities Press, New York
Lachmann FM, Beebe B (1992) Representational and selfobject transference: a developmental perspective. In: Goldberg A (ed) *New therapeutic visions: progress in self psychology*, vol 8. The Analytic Press, Hillsdale NJ, pp 3–15

Lachmann FM, Lichtenberg J (1992) Model scenes: implications for psychoanalytic treatment. *J Am Psychoanal Assoc* 40: 117–137

Korrespondenz: Dr. Frank M. Lachmann, 393 West End Avenue, New York, NY 10024, U.S.A.

Frank M. Lachmann, Ph.D., geb. 1929 in Breslau, Lehr- und Kontrollanalytiker, Supervisor, klinischer Psychologe, Lehrbeauftragter an mehreren Universitäten, Leiter des „Institute for the Psychoanalytic Study of Subjectivity“ New York.