

Kächele, H., Jiménez J P, Thomä H (2008). „„Ende gut, alles gut“? Gedanken zu Unterbrechung und Beendigung psychoanalytischer Behandlungen." *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 10: 7-20

„Ende gut, alles gut“? Gedanken zu Unterbrechung und Beendigung psychoanalytischer Behandlungen¹

Horst Kächele, Juan Pablo Jiménez und Helmut Thomä

Zusammenfassung

Wir plädieren für eine gelassene, unideologische Haltung im Umgang mit Unterbrechungen und Beendigung. Spezielle, überhöhte theoretische Vorstellungen überlagern allzu oft einen pragmatischen Umgang mit den unvermeidlichen Aspekte einer Behandlung.

Schlüsselwörter

Unterbrechung, Beendigung

Abstract

We are in favour of handling interruptions and termination in a rather relaxed manner. Highly specialized theories too often obscure the pragmatic handling of the unavoidable aspects of treatment.

Keywords

interruption, termination

Allgemeine Gesichtspunkte

Lange bevor das Thema der Beendigung einer psychoanalytischen Behandlung virulent wird, ist jede Behandlung, sei sie noch so intensiv, mit dem Problem der Unterbrechung konfrontiert. Je höher die Frequenz gewählt wird – wobei Hochfrequenz recht verschieden buchstabiert wird –, das Wochenende stellt eine unvermeidliche Erfahrung

¹ Basiert auf Thomä & Kächele 2006a, b, c

von Unterbrechung dar. Diese Auffassung wurde explizit schon von Rickman (1950, S. 201) wie folgt formuliert:

"Die Wochenend-Unterbrechung, die ein die Analyse wiederholt begleitendes Element ist und durch die noch längere Ferien-Unterbrechung punktuell verstärkt wird, kann vom Analytiker benutzt werden, um die Entwicklung der Patienten zu evaluieren". Er fügt hinzu: "Das Wochenende und die Ferienunterbrechung der (analytischen) Arbeit erzwingen Übertragungsphantasien; in dem Maße wie die (analytische) Arbeit voranschreitet, ändern diese ihren Charakter in Übereinstimmung mit den inneren Kräften und den Objektbeziehungen des Patienten".

Lässt sich also schlussfolgern, dass jede Unterbrechung der analytischen Arbeit bereits einen Aspekt von Beendigung beinhaltet? Und folgt daraus, dass die Evolution der Reaktion auf Unterbrechung im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung ein Indikator der strukturellen Veränderung ist, welche die Patientin durch die psychoanalytische Arbeit erreicht? Im Gegensatz zum klinisch vielfältig diskutierten Problem der Beendigung (Firestein, 1982) ist dieses Thema der fast regelhaften Unterbrechung einer Behandlung bislang wenig thematisiert worden. In einer eigenen Untersuchung (Jiménez et al., 2006) kamen wir zu der Schlussfolgerung, dass die Entwicklung der Verlust-Trennungs-Phänomene als Reaktion auf Unterbrechungen nicht als ein direktes Ergebnis spezifischer Interpretation, nicht als primäre oder unabhängige Ursache der Veränderung in Patienten betrachtet werden kann. „Unsere Ergebnisse legen nahe, dass die Reaktion auf Unterbrechungen als ein Indikator von Veränderung betrachtet werden muss, m. a. W. als ein Ergebnis hochkomplexer analytischer Arbeit gesehen werden kann“ (S. 262).

In einer wohl dokumentierten Studie untersuchten Blatt und Behrends (1987) die Natur der therapeutischen Prozesse im Hinblick auf die von Mahler postulierten Vorgänge von Trennung und Individuation, speziell im Hinblick auf die Vorgänge bei der Internalisierung. Sie weisen darauf hin, dass

„der Fortschritt in der Analyse durch die gleichen Mechanismen bestimmt wird wie wir sie in der normalen Entwicklung finden. Therapeutische Veränderung in der Analyse ereignet sich als Entwicklungsvorgang, der als kontinuierlicher Prozess von Trennung und Individuation gekennzeichnet werden kann, der befriedigende

Beteiligung, erfahrene Unverträglichkeiten und Internalisierung einschließt.

Patienten erleben allmählich den Analytiker und sich selbst als getrennte Objekte und werden frei von Verzerrungen aus narzisstischer Bedürftigkeit und/oder von Projektion aus der Vergangenheit" (S. 293).

Die Erfahrungen von Unverträglichkeit beziehen sich nicht nur auf die realen Trennungen (bzw. Unterbrechungen), sondern beziehen sich auf alle Interaktionen in der Analyse, bei denen ein Wunsch nicht befriedigt wird. Auf dieses Konzept gestützt schlagen Blatt und Behrends vor, dass

"wichtige Veränderungen im analytischen Prozess oft vor oder nach einer Unterbrechung stattfinden. Am Beginn von Behandlungen können Veränderungen in der psychologischen Organisation und in den repräsentationalen Strukturen nach einer Trennung oder einer bedeutsamen Interpretation auftreten. Im Verlauf von Behandlungen können solche bereits in Antizipation einer Trennung beobachtet werden" (S. 291).

Im Fall der von uns untersuchten Behandlung der Patientin Amalie X traf dies immer in Antizipation einer Trennung auf. Unterbrechungen sind also Vorwegnahmen von Beendigung. Im Kontext einer Sitzung (Nr. 277), unmittelbar vor einem langen Wochenende, wird Amalies Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit noch deutlicher. Die Pole des Konfliktes rücken näher zusammen und beginnen zu verschmelzen, was für einen deutlichen Wunsch nach Reziprozität führt; dieser kann als Wunsch nach Nähe in einer Beziehung wechselseitiger Zusammengehörigkeit und Gleichberechtigung formuliert werden. Dies war mit einem expliziten Wunsch verbunden, mit dem Analytiker über traumatische Trennungserfahrungen zu sprechen: die Patientin spricht direkt über Tod und die Befürchtung einer vorzeitigen Beendigung der Analyse.

Wenn die Beendigung als eine unbestimmt lange dauernde Form der Unterbrechung betrachtet wird – denn niemand weiß, wann ein Patient wieder um therapeutische Hilfe nachsucht –, werden die Probleme im Kontext von Beendigung in ein anderes Licht gerückt. Wie lange und langwierig die psychoanalytische Behandlung auch gewesen sein mag, die Beendigungsphase bringt für beide Beteiligten die Bewältigung eigenständiger Probleme mit sich. Die Lebensziele, die der Patient mit der Behandlung verknüpft hat, decken sich nicht mit den Behandlungszielen des Analytikers (E. Ticho,

1971). Es ist von großer praktischer Bedeutung, wie gut es dem Analytiker gelingt, dem Patienten die Begrenzung der Arbeit auf behandlungsimmanente Ziele näherzubringen, die endliche von der unendlichen Analyse zu differenzieren. Am Ende einer psychoanalytischen Behandlung soll der Patient die besondere Form des Nachdenkens, das den psychoanalytischen Dialog auszeichnet, mitnehmen und sich diesen als inneren Dialog (mit dem Bild des Analytikers) erhalten. Es verbinden sich damit die Erwartungen, dass die Möglichkeit solcher Selbstanalyse beim Auftreten neuer Lebensprobleme der auch nach einer Analyse noch bestehenden Verdrängungsneigung entgegenwirkt und somit erneute Symptombildungen erschwert werden. Dem steht der Mythos einer vollständigen Analyse entgegen, den Analytiker unter dem Druck eigener überhöhter Ideale in die Endphase hineintragen.

Betrachten wir die Metaphern, die in der Literatur zur Beschreibung der Endphase herangezogen werden, so erraten wir die unbewussten Phantasien, die mit der Beendigung verbunden sind. Vergleicht man die Endphase mit einem komplizierten Landemanöver, bei dem die gesamte Mannschaft der libidinösen und aggressiven Kräfte an Deck in Aktion ist, so verdeutlicht dies die zu erwartende Dramatik. In der Tat geht die Gefahr von der drohenden Desillusionierung aus, wenn das Streben nach narzisstischer Vollkommenheit, nach der vollständigen Auflösung der Übertragung und ähnlichen Mythen den bisherigen Behandlungsverlauf charakterisiert haben. Wenn dann Analytiker – den Patienten und sich an idealtypischen Vorstellungen messend – am Ende von Behandlungen enttäuscht über ihre Arbeit mit einem Patienten sind, während dieser seine Dankbarkeit ausdrückt, zieht der Mythos der Vollständigkeit negative Folgen nach sich.

Ein perfektionistischer Anspruch, der die Endlichkeit und Beschränkungen menschlichen Tuns verleugnet, verhindert, dass der Analytiker stolz und zufrieden auf seine Arbeit sein kann; der Patient hingegen kann sich nicht ablösen, weil er bewusst oder unbewusst die Enttäuschung des Analytikers spürt. Dann wird er den Analytiker noch lange vom Erfolg überzeugen wollen oder sich mit der Enttäuschung des Analytikers identifizieren.

Im deutlichen Unterschied zu diesem Ablauf des Sich-gegenseitig-nicht-Genügens wird manchmal in der Literatur das Gegenteil mitgeteilt. Die unvermeidlichen

Unvollkommenheiten der psychoanalytischen Praxis, die uns allen vertraut sind, werden durch theoriekonforme Darstellungen der Beendigung von Psychoanalysen verdeckt.

Es ist deshalb sinnvoll, der Vielfältigkeit von inneren und äußeren Gründen gerecht zu werden, weshalb psychoanalytische Behandlungen schließlich beendet werden.

Analytische Behandlungen sollten ein Ende finden, wenn sich die gemeinsame analytische Arbeit für wesentlich neue Einsichten erschöpft hat. Auch die Beendigung ist ein dyadischer Prozess, der prinzipiell unvollständig ist. Alle äußeren Umstände vernachlässigend kann man annehmen, dass Patienten dann aufhören, wenn der therapeutische Austausch an Bedeutung verliert und die Belastungen, die mit einer Behandlung verbunden sind, nicht mehr durch Erkenntnisgewinn aufgewogen werden. Wir müssen uns auch von der Vorstellung trennen, dass eine richtige Indikationsstellung eine befriedigende Beendigungsphase und einen guten Abschluss garantieren kann. Zu viele Unwägbarkeiten bestimmen die analytische Arbeit, als dass mittels einer individuumszentrierten Diagnostik das Ende vorhersagbar wäre. Erfolgreiche und zufriedenstellende Beendigungen finden sich bei hochfrequenten wie bei niederfrequenten Therapien immer dann, wenn die Entwicklung einer guten Arbeitsbeziehung die Voraussetzung für die produktive Ausgestaltung regressiver Prozesse schafft (Leuzinger-Bohleber et al., 2001). Aus diesen Gründen stehen wir den ausformulierten Bemühungen um eine formelle Endphase und deren Diskussion (z.B. bei Grenell, 2004) skeptisch gegenüber.

Dauer und Begrenzung

Das psychoanalytische Verfahren konnte zu keinem Zeitpunkt mit der Illusion rascher, wundertätiger Heilung aufwarten. Da aber die psychoanalytische Methode zunächst meist an sehr schweren Fällen erprobt worden war, an "Personen mit vieljähriger Krankheitsdauer und völliger Leistungsunfähigkeit", hoffte Freud: "In Fällen leichter Erkrankung dürfte sich die Behandlungsdauer sehr verkürzen und ein außerordentlicher Gewinn an Vorbeugung für die Zukunft erzielen lassen" (Freud 1904a, S. 10).

Als wesentlicher Grund der Verlängerung therapeutischer Analysen wird die Entdeckung präödipl entstandener Pathologien genannt. Narzisstische Störungen und

Borderlinepersönlichkeiten versprochen auf dem Hintergrund von Objektbeziehungstheorien bei langen Analysen erfolgreich behandelt werden zu können. Dies führte indirekt zur Verlängerung der Behandlungsdauer bei neurotischen Patienten, weil nun auch bei ihnen vermehrt narzisstische Persönlichkeitsanteile diagnostiziert wurden. So verschieden auch die Theorien über früh entstandene Störungen sind, sie betreffen allesamt die tiefen Schichten, die angeblich therapeutisch schwer und spät zu erreichen sind. Zugleich stößt man hier auf einen Widerspruch, auf den Rangell (1966) aufmerksam gemacht hat: er hält es für ausgeschlossen, dass frühe präverbale Erfahrungen in der Analyse wiederbelebt werden können. Entsprechend kann die Analyse tieferer Schichten des Seelenlebens nicht dorthin führen, wohin die Objektbeziehungstheoretiker in der Nachfolge Ferenczis oder Kleins sowie die Selbsttheoretiker in der Nachfolge Kohuts zu gelangen glauben. Wohin sie dann gelangt sind, ist die Frage, die sich für alle Schulen stellen lässt, wenn wir die stetigen Verlängerungen der analytischen Behandlungen ins Auge fassen.

Freud hat die Dauer der Therapie eindeutig in eine quantitative und qualitative Beziehung zur Chronifizierung und Schwere der Erkrankung gesetzt, wenn er sagt:

„Es ist wahr, die Behandlung einer schweren Neurose zieht sich leicht über mehrere Jahre, aber legen Sie sich im Fall des Erfolgs die Frage vor, wie lange das Leiden gedauert hätte? Wahrscheinlich ein Dezennium für jedes Jahr Behandlung, das heißt das Kranksein wäre, wie wir es so oft an unbehandelten Kranken sehen, überhaupt nie erloschen“ (Freud 1933a, S. 168).

Daraus ergibt sich für die Beendigung zunächst die lapidare Feststellung: "Die Analyse ist beendet, wenn Analytiker und Patient sich nicht mehr zur analytischen Arbeitsstunde treffen", weil der Patient nicht mehr an Symptomen leidet und ein Rückfall nicht zu befürchten ist (Freud 1937c, S. 63).

Hält man sich an diese Begründungen Freuds, dann ist die Dauer an Entscheidungsprozesse gebunden, die an die Verantwortung des Analytikers hohe Ansprüche stellen. Unsere Empfehlung lautet, den Schweregrad der Symptomatik und die Zielsetzung zur Richtschnur für die Dauer psychoanalytischer Behandlungen zu machen. Die Schwere der Erkrankung und Frequenz der Behandlung können freilich nicht in ein einfaches quantitatives Verhältnis zueinander gebracht werden, nach dem Motto: je kränker, desto

intensiver (also häufiger) sollte auch die Therapie sein. Entscheidend ist die Qualität dessen, was in der gegebenen Zeit vom Analytiker vermittelt und was vom Patienten aufgenommen und innerlich verarbeitet werden kann. Gerade Schwerkranke, die viel Anlehnung und Unterstützung suchen, haben zugleich große Schwierigkeiten, ihre Bedürfnisse nach Nähe und Distanz zu regulieren. Heikle Dosierungsfragen stehen zur Diskussion, die eine qualitative Betrachtungsweise erforderlich machen.

Kriterien der Beendigung

Es besteht die Gefahr, die Kriterien für die Beendigung und die anzustrebenden Ziele nach unseren persönlichen und/oder den gerade gängigen Ideen und bevorzugten Theorien auszurichten. So geben Weiss und Fleming (1980) auf die Frage, wie die Persönlichkeit des Patienten beschaffen sein soll, wenn er die Behandlung verlässt, folgende Antworten:

Ihrer Ansicht nach zeichnen sich gutgeführte Analysen dadurch aus, dass der Patient im Vergleich zu früher konfliktfreier und selbstständiger lebt und mit mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ausgestattet ist. Das sekundärprozesshafte Denken, die Fähigkeiten zur kritischen Realitätsprüfung und die Sublimierungsfähigkeiten haben zugenommen. Die Objektbeziehungen haben sich verbessert. Der Patient hat ein zunehmendes Verständnis für den Unterschied "der Analytiker als professionelle Person" und "der Analytiker als Übertragungsobjekt" entwickelt. Eine andere Fragestellung zielt darauf ab, ob der Patient über genügend Mittel und Werkzeuge verfügt, um den analytischen Prozess selbstständig fortzuführen.

Fähigkeit zur Selbstanalyse

Das damit angeschnittene Thema der Selbstanalyse soll wegen der großen Bedeutung nochmals aufgegriffen werden. Wir betrachten den Erwerb der Fähigkeit zur Selbstanalyse als ein Hauptziel der psychoanalytischen Behandlung. Allerdings liegen bislang nur wenige Konkretisierungen dessen vor, was beim Patienten vor sich geht, wenn er nach Abschluss der Behandlung seiner Selbstanalyse nachgeht. Man kann davon ausgehen, dass es sich um einen Prozess handelt, der sich aus verschiedenen Arbeitsschritten zusammensetzt, die konsekutiv erlernt werden (G. Ticho, 1971, S. 32):

- 1) Es bildet sich die Fähigkeit aus, Signale eines unbewussten Konflikts aufzunehmen, etwa: eine irrationale oder übertriebene Reaktion wird wahrgenommen, ohne sie sofort mit Abwehrmechanismen wie Verschiebung und Projektion überspielen zu müssen;
- 2) Gedanken ohne allzu große Angst freien Lauf zu lassen, frei zu assoziieren und so einen relativ freien Zugang zu unbewussten Konflikten zu schaffen;
- 3) auf das Verständnis der Bedeutung eines unbewussten Konflikts längere Zeit warten zu können, ohne enttäuscht aufzugeben. An der Entwicklung dieser Fähigkeit lässt sich ablesen, wie weit sich der Patient mit jenem Anteil des Analytikers identifizieren konnte, der während der Analyse vertrauensvoll abwartete, bis der Analysand zu einer Lösung des Konflikts bereit war.
- 4) Der gewonnenen Einsicht zu folgen und eine Änderung an sich selbst [und/oder der Umwelt, d. Verf.] herbeizuführen. Diese Fähigkeit bildet sich, sobald genügend Ich-Stärke erreicht ist und der Analysand während seiner Analyse erfahren konnte, dass Einsichten tatsächlich Ich-Veränderungen nach sich ziehen können.

Wir nehmen an, dass die Fähigkeit zur Selbstanalyse in einem kontinuierlichen, fast wie beiläufig ablaufenden Lernprozess stattfindet, in dem sich der Analysand mit den analytischen Funktionen identifiziert. Das Behandlungsende kann ins Auge gefasst werden, wenn der Analytiker bei seinem Analysanden Hoffnung in die Fähigkeit zur Selbstanalyse zu setzen vermag. Ist dieses Arbeitsziel erreicht, können andere Kriterien zur Beendigung, wie sie Firestein (1982) zusammengestellt hat, relativiert werden, wie z. B. symptomatische Besserung, Strukturveränderung, zuverlässige Objektkonstanz in Beziehungen und eine ausgewogene Balance zwischen Triebwelt, Über-Ich und Abwehrstrukturen. *Relativierung dieser Kriterien* meint keine Ablehnung, sondern *ihre sorgfältige Gewichtung im Hinblick auf noch weitere erreichbare Ziele im Verhältnis zur Verlängerung der analytischen Arbeit*. Eine Fixierung der Zielorientierung auf Persönlichkeitseigenschaften anstatt auf Fähigkeiten wie die der Selbstanalyse wird Freuds mahnenden Worten in der letzten technischen Schrift nicht gerecht. Die Grenzen der Veränderbarkeit sind oft enger gezogen, als wir es wahrhaben wollen. Das Erreichen der Selbsterkenntnis hinsichtlich dieser Grenzen dürfte oft der für den Patienten wichtigere Schritt sein, als einer Utopie zu folgen. Diese Position mag überraschen, da wir sonst durchgängig auf die Veränderung hinweisen, die als Ergebnis

des kostbaren Junktims von Heilen und Forschen zu fordern ist. Da jedoch "Strukturveränderung" als Ziel der Behandlung zu den am schwierigsten – theoretisch und empirisch – fassbaren Konstruktionen der psychoanalytischen Persönlichkeitspsychologie zu gehören scheint (Rudolf, 1995), möchten wir uns hier mit Veränderungen begnügen, die den Patienten in die Lage versetzen, sein Leben besser als vor der Behandlung im Einklang mit seinen Wünschen und Begrenzungen zu gestalten. Freuds Worte "Wo Es war, soll Ich werden" beschreiben dann realistische Ziele der analytischen Behandlung, wenn dem Ich Einsicht und Handlungsfähigkeit wiedergegeben ist.

Phänomenologie der Beendigung

Die Phänomenologie der Beendigung ist natürlich so vielfältig, wie die Behandlungsverläufe selbst es sind. Aus dem Logbuch der psychoanalytischen Behandlung der Patientin Amalie X, welches aus den Verbatimprotokollen exzerpiert wurde (Thomä & Kächele, 2006c, S. 170-171) erfahren wir einiges über die Stimmung im analytischen Sprechzimmer:

Das bevorstehende Ende der Analyse zieht sich thematisch durch die gesamte letzte Periode. Die Pat. berichtet, immer noch Kloträume zu haben. In der Analyse möchte sie "alleine stinken", will den Beistand des Analytikers nicht mehr.

Die Pat. denkt darüber nach, wie sie die letzte Stunde gestalten möchte – am liebsten will sie "einen ganz normalen Tag" daraus machen, kommen wie immer, nicht etwa die Stunde einfach ausfallen lassen, sich wie immer auf die Couch legen, kein Resümee ziehen. Sie ist überzeugt, dass sie jetzt ihre Vorstellungen von Abschied auch durchsetzen kann, dass nicht der Analytiker ihr seine Vorstellungen aufdrängt, sie an die Leine nimmt.

Ihr Freund P. hatte ihr gesagt, sie solle den Analytiker zum Abschied in die Arme nehmen – sie konnte statt dessen beschwingt, ohne Angst, ihre Haustreppe laufen.

Trotz aller konkreten Überlegungen zum Abschied gibt es aber auch die Vorstellung, was danach sein könnte: Für sie seltsame drei Tage in der Woche ohne Analytiker, d.h. der Wegfall eines festen Platzes, einer Verlässlichkeit, die sie nicht missen mochte, derer sie sicher sein mochte.

Für den Analytiker bedeutet der Abschied ihrer Sicht nach eine Nachfolgerin, die ihm jetzt schon Blumen auf den Tisch stellt. Er wird nicht mehr durch ihre Augen

gesehen werden, sie wird ihm symbolisch eine neue Wohnung, eine eigene Treppe, bauen. Er wird vielleicht keinen Einfluss mehr auf sie haben, wenn er nicht mehr konkret für sie anwesend ist.

In den Gedanken an das Ende der Analyse mischen sich auch Angst, Eifersucht und Hass; sie muss versuchen, den Analytiker zunehmend machtloser, ohne Einfluss auf sie, zu machen. Sie hat Angst, die Analyse zu früh zu beenden, so wie T. Moser, was sich in seinem Buch "Gottesvergiftung" zeigt, Angst, den festen Platz zu verlieren, alleine dazustehen, auch wenn der Analytiker manchmal mit seinem Schweigen etwas wie Tod, wie vergiftet, ausstrahlt.

Eifersucht und Hass kommen hoch auf die glücklichen Nachfolger, zuerst wehrt sie sie ab, dann lässt sie den Analytiker aus seinem Schloss herunterrutschen, in das er früher so schön integriert war, und sperrt ihn auf einen Stuhl, den analytischen Ohrensessel, gefesselt, warm gehalten, bewegungs- und machtlos, ein. Am liebsten würde sie ihn erdrosseln; ihn nie wieder abgeben. So muss sie ihn zum alten, impotenten Mann, der beim Erzählen von Busen einschläft, machen.

Sie weiß, dass die Beziehung zum Analytiker irgendwann einmal emotional auslaufen wird, versucht ihn aber doch, durch neue Dinge zu halten: sie erzählt zum ersten Mal von ihrer Angst vor steilen Treppen, die sie noch nie erwähnt hatte – die Treppe hin zum Analytiker ist besonders schlimm – und davon, dass sie weder Tee noch Kaffee mag, sich nicht aufputschen will.

In ihren heftigen aggressiven Gefühlen versucht die Pat., sich vom Analytiker unabhängiger zu machen; sie interpretiert und deutet viel selber, meint auch, sie wolle und brauche keinen Beichtvater, könne sich allein Zuspruch geben und "alleine stinken". Sie habe sowieso die Grundregel, alles zu sagen, nie total befolgt. Jetzt vergisst sie ihre Träume, die sie sich für die Analyse merken wollte, deutet aber die der anderen – ein weiteres Stück Machtabnahme des Analytikers. Vielleicht baut sie ihm in 20 Jahren mal ein Denkmal oder schreibt ein Buch über ihre analytischen Erfahrungen.

Jetzt kann sie nur feststellen, dass ihr Charakter sich durch die Analyse nicht verändert hat, dass sie kein anderer Mensch, keine Heilige geworden ist. Die Frage nach Veränderung ist aber auch unwesentlich geworden, es sind nie Symptome der Reihe nach abgehakt worden.

Der Analytiker war ihr eigentlich nie ein starker Vater – es überschwemmt sie der Hass auf den Prof. K., der ihren Analytiker massiv kritisiert hat. So möchte sie den Analytiker in den Arm nehmen und schützen. Aber er hat ja seine Frau als Stütze und Leuchtturm. Sie war für die Patientin zunächst unerreichbares Ärgernis, dann

eine starke, den Analytiker beherrschende Frau, der die Pat. aber nie gleichen wollte.

Der Schlussgedanke der letzten Stunde bringt Trost in der Trennung, und das Weggehen enthält mit, dass Patientin und Analytiker in manchen Dingen dasselbe denken, in Gedanken ab und zu verbunden sind.

Auch wenn die letzte Sitzung einer analytischen Behandlung nicht zu hoch stilisiert werden sollte, dürften die nachfolgend verbatim zitierten Äußerungen eines Naturwissenschaftlers nach längerer analytischer Behandlung wegen Impotenz in fast allen Lebensbereichen berührend sein (Thomä und Kächele, 2006b, S. 455ff). Gemessen an einem Ideal einer vollständigen Analyse war diese Behandlung schmerzlich unvollständig. Ihre Beendigung erfolgte vorwiegend durch die wohl realistische Einschätzung, dass Herr Kurt Y keine wissenschaftliche Karriere machen würde und sich als experimenteller Naturwissenschaftler im Alter von 36 Jahren schwer tun würde, eine geeignete Stelle zu finden. Nach sehr langem, quälendem Suchen gab ein Angebot, in einer Provinzstadt die Leitung eines Labors zu übernehmen, den Ausschlag für die Beendigung der Analyse.

In einer der letzten Stunden thematisierte er die für ihn wichtige Frage, ob er Spuren an seinem Wohnort hinterlassen habe, ob er bei seinem Analytiker auch einen bleibenden Eindruck machen konnte – eine Frage, die bislang sorgfältig von ihm vermieden worden war. In der vorletzten Stunde spricht er über die Erfahrung mit dem Rorschach-Test; den Testleiter kann er nur vage beschreiben. Aber den Umgang mit den Tafeln hat er ganz anders erlebt als am Anfang. Nicht mehr jene ängstliche Erwartungshaltung, sondern eine ihn beglückende Erfahrung, sie unter seiner Kontrolle zu haben, mit ihnen spielen zu können. Von den "ulkigen Tafeln" kommt er selbst auf die Möglichkeit, dass er anfangen könne, etwas zu malen, dass er besonders Herbstblätter jetzt malen würde mit ihren vielen Farben. "Früher war für mich alles grau in grau", fügt er hinzu, "heute sehe ich Farben".

Geben wir dem Patienten das letzte Wort in der Beurteilung des Behandlungsergebnisses, indem wir aus der letzten Stunde einige Passagen wiedergeben.

- P *Ja, ich finde irgendwie, es war – auch vom Erlebnis her – einiges nehme ich mit. Die Stunden hier, es war – na, ich wollte es elegant sagen, aber mir flacht das Wort weg. (Pause) Ja, ich würde einfach sagen, es war ein Erleben, das war es nun wirklich. Ja, ich weiß gar nicht mehr, was eigentlich alles war. Sicher, es hat mir nicht immer gefallen, aber offensichtlich liegt es auch darin, der Erlebniswert. (Pause)*
- T *Dieses Erleben hier, was war das wohl? Was war hier so anders, das Sie nirgendwo sonst in der Weise bisher finden konnten? (Pause)*
- P *Nun, ich glaube, das war fast wirklich – dass ich hier – wenn ich hierher zu Ihnen kam, dann hatte ich den Eindruck, dass ich wieder aus der Ecke, in die ich abgerutscht war, herauskommen konnte. Ja, vielleicht ist es so zu bezeichnen, dass ich eigentlich mich hier nicht zu schämen brauchte, mich zu schämen brauchte über die Ecke, in der ich mich befand. Und das hat anscheinend genügt, ja aus der Ecke herauszukommen. (Pause) Und was heißt das Schämen, ich glaube, das steckt also auch drin, dass ich das überhaupt aussprechen konnte. Denn das Schämen spricht man nicht aus, man zieht sich zurück, man versteckt sich. Das Sich verstecken konnte hier unterbrochen werden. Ja, da drüber zu reden und in diesem Sinne zu überlegen, das selbst zu erleben – das war, glaube ich, immer ein bestimmter Bestandteil von diesem Punkt da, von dem aus man mir – von dem aus ich dann aus der Ecke wieder herauskriechen konnte, glaube ich. Das war, wie soll ich sagen, das Werkzeug, die Maschine, wodurch es mir gelang. (Pause) Nun, es verbindet sich, glaub' ich, dieser Tag, er erinnert mich an diese Behandlung. Daneben, konkreter, erinnere ich mich dieser Räumlichkeiten, der Örtlichkeiten und der Person eigentlich jetzt nicht. Da regt mich Ihre Person eigentlich mehr mit der Stimme an, ja, ich sag', das war das Werkzeug, wieder aus dem Gefängnis herauszukommen. Ja, das war eigentlich eine Verstrickung des Herauskommens. (Pause) Eine Verstrickung, die – ich erinnere mich auch selbst nicht – ja, die nicht lösbar war. (Pause) Ja, ich glaube, es dreht sich eben jetzt im wesentlichen darum, dass mir hier einfach Raum eingeräumt wurde – Raum jetzt im übertragenen Sinne, den ich offensichtlich gesucht habe und den*

ich aber nur zögernd habe annehmen können. Und dieser Raum ist vielleicht ein Zeichen dafür – für das Sich-aussprechen-Können.

T *Und es scheint doch ein Raum zu sein, der Ihnen verlorengegangen ist, oder den Sie vielleicht nie gekannt haben, in der Enge, in dem Behütetsein, in der Einschränkung, in der Sie großgeworden sind.*

P *Ja, ja, nun – er war mir auf jeden Fall sehr stark verlorengegangen – ja nun, ich weiß gar nicht, ob ich ihn mal gekannt habe – jetzt habe ich auch bei meiner Frau mehr Raum gefunden.*

T *Na, weil Sie vielleicht hier auch die Erfahrung gemacht haben, dass Sie diesen Anspruch stellen können.*

P *Ja ja, das war – sagen wir – eine langsame, eine mühsame, mühsame möchte ich fast sagen, eine mühsame Entdeckung, aber echt würde ich sagen Entdeckung, wo ich dann also allmählich erfahren habe, ja, dass ich diesen Raum beanspruchen kann. Vielleicht sag' ich jetzt ganz zum Schluss sogar, ja, ich kann es beanspruchen, so etwas. Beanspruchen – ein Wort, das mir jetzt klingt – wenn ich an die Stelle denke, die ich jetzt antrete, da hab' ich mir vorgenommen, ich kann das beanspruchen, das sage ich mir, ich kann den Raum beanspruchen – im übertragenen Sinn. Und nicht mehr diese Ungewissheit haben, wenn ich etwas konkretisieren muss, ich werde dann beanspruchen, dass ich ernstgenommen werde, wenn nicht, dann werde ich böse sein. Dann werde ich's mir nehmen – dann werd' ich drum kämpfen. Ich kann beanspruchen, dass ich hier in meiner Art auftrete, dass ich jetzt mit meinem Stil hier auftrete. Das ist erst so allmählich aufgetreten, fast erst gegen Schluss hier, dass ich mir eingeprägt habe, wo ich mich daran gewöhnen konnte zu beanspruchen und das damit gleichbedeutend ist, dass mir etwas zusteht. (Pause) Ja, das ist erst so allmählich aufgetaucht. Ja auf der Skala, wo ich den Anfang und das Ende vergleiche, da kann ich jetzt beanspruchen, dass ich auch hier soviel erlebe. Ich bin kein Hampelmann nicht.*

Die doppelte Verneinung bedeutet in dem Dialekt, den der Patient spricht, eine Verstärkung dieser Verneinung. Der Patient drückt also sehr bestimmt nach vierjähriger Analyse aus, dass er kein Hampelmann mehr ist. Der darin zum Ausdruck kommenden umfassenden und tiefgreifenden Veränderung seines Selbstwertgefühls möchten wir nur

noch den Gedanken hinzufügen, dass solche Veränderungen an das Wiederfinden der körperlichen und geistigen Bewegungslust gebunden sind. Schließlich dient der Hampelmann dem Patienten als Metapher eines unbelebten Spielzeugs, dessen festgelegte Bewegungen durch einen anderen und nur von außen in Gang gesetzt werden können.

Die Umsetzung in den nachanalytischen Alltag wurde von einem Patienten (Pat. Friedrich Y) in einem Rückblick auf das Ende seiner analytischen Behandlung auf folgende Weise beschrieben (Thomä und Kächele, 2006b, S. 452):

3. Phase: Ablösung und Ende der Analyse

Wo ich noch arbeiten will: Am Zusammenhang der Seele mit dem Körper. Wann kommt das Kopfweh, der Darm, der Rücken? Wie stehe ich Krankheiten durch? Wie arbeite ich vorbeugend, an den Ursachen? Ein Feldenkrais-Wochenende hat mir da weitergeholfen. Wochenlang nach dem Ende der Analyse hatte ich Halsweh, Probleme mit der Stimme, Schwierigkeiten beim Singen, am Arbeitsplatz, beim Referieren. Ich stelle mich öffentlich zu meiner Analyse, kann anderen davon berichten, einzelnen Mut machen, selber an sich zu arbeiten. Ich kehre Konflikte mit den engsten Mitarbeitern nicht mehr unter den Teppich, wehre mich, provoziere manchmal. Es schlaucht mich noch, Widerstand, Feindschaft auszuhalten. Ich werde stärker, unbeugsamer im Einsatz für andere, Unterdrückte, z. B. in Leserbriefen gegen Apartheidsbefürworter und Rassisten. Ich tobe mich nicht einfach aus, sondern kämpfe aktiv, mit Risiko, gegen "böse Geister" wie Sucht, Rassismus, Faschismus. Ich frage den anderen zunehmend: Willst du gesund werden? Wenn nicht, dann benenne ich deine Krankheit, distanziere mich, lasse mich nicht hinabziehen, lasse mich nicht in deine Neurose verstricken. Ich will lieber den fauligen Apfel ausschneiden, den falschen Schein durchbrechen, das eiternde Geschwür aufstechen – als Komplize der Krankheit, des Verdrängens, der Resignation zu sein.

Trifft es zu, dass wir mit dem Motto dieses Beitrages „Ende gut, alles gut“ den Nagel auf den Kopf getroffen haben? Ein gutes Ende einer kürzeren oder längeren analytischen Arbeit dürfte der innerseelischen Aneignung der therapeutischen Erfahrung zu Gute

kommen. Doch die Beendigung einer Behandlung schließt weitere, nachfolgende Behandlungen nicht aus. Unser gegenwärtiges Verständnis von therapeutischer Veränderung erfordert geradezu eine Offenheit für weitere Schritte auf dem Wege zu einer Gesundung, wie dies vielfältige Nachuntersuchungen gezeigt haben.

Literatur

- Blatt, S. J., & Behrends, R. S. (1987). Internalization, separation-individuation and the nature of therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis*, 68, 279-297.
- Firestein, S. K. (1982). Termination of psychoanalysis. Theoretical, clinical, and pedagogic considerations. *Psychoanalytic Inquiry*, 2, 473-497.
- Freud, S. (1904a). Die Freudsche psychoanalytische Methode. *GW* 5, 1-10.
- Freud, S. (1933a). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, *GW* 15.
- Freud, S. (1937c). Die endliche und die unendliche Analyse. *GW* 16, 57-99.
- Grenell, G. (2004). Die Endphase der psychoanalytischen Behandlung im Spiegel des Traums. *Psyche*, 58, 1063-1088.
- Jiménez, J., Pokorny, D. & Kächele, H. (2006). Reaktionen auf Unterbrechungen als Indikatoren struktureller Veränderung. In H. Thomä & H. Kächele (Hrsg.), *Psychoanalytische Therapie. Band 3: Forschung* (S. 253-263). Heidelberg: Springer.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B. & Beutel, M. (2001) Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese studie. *Psyche*, 44, 193-276.
- Rangell, L. (1966). An overview of the ending of an analysis. In R. E. Litman (Ed.), *Psychoanalysis in the americas. Original contributions from the first Pan-American Congress for Psychoanalysis* (pp. 141-165). New York: International Universities Press.
- Rickman, J. (1950). On the criteria for the termination of an analysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 31, 200-201.
- Rudolf, G. (1995). Struktur und strukturelle Störung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 41, 197-212.
- Ticho, E. A. (1971). Probleme des Abschlusses der psychoanalytischen Therapie. *Psyche*, 25, 44-56.
- Ticho, G. R. (1971). Selbstanalyse als Ziel der psychoanalytischen Behandlung. *Psyche*, 25, 31-43.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006a). *Psychoanalytische Therapie. Band 1: Grundlagen*. Heidelberg: Springer.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006b) *Psychoanalytische Therapie. Band 2: Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Thomä H. & Kächele, H. (2006c) *Psychoanalytische Therapie. Band 3: Forschung*. Heidelberg: Springer.
- Weiss, S. S., & Fleming, J. (1980). On teaching and learning of termination in psychoanalysis. *The Annual of Psychoanalysis*, 8, 37-55.

