

GEORG BRUNS, BREMEN

Zweifeln am Dasein. Aus der Behandlung eines depressiven Patienten*

Übersicht: Es wird die psychoanalytische Behandlung eines Patienten mit einer neurotischen Depression dargestellt. Die depressiven Zustände reichen bis in die Kindheit zurück, sie haben sich im Erwachsenenalter bei einem Trennungskonflikt vertieft. Als ätiologischer Hintergrund enthüllt sich im Verlauf der Analyse eine Konstellation, wie sie André Green im Konzept der toten Mutter beschrieben hat, erschwert durch das Fehlen des früh verstorbenen Vaters. Der Autor versteht die rekonstruierte frühe Beziehung zwischen dem Patienten und seiner Mutter jedoch nicht nur auf dem Boden dieses klinischen Konzepts, sondern v.a. mit Hilfe eines entwicklungspsychologischen Interaktionsmodells der mütterlichen Affektspiegelung (Fonagy et al. 2002) als eine Beziehung, in der dem kleinen Jungen in einer vulnerablen Entwicklungsphase wichtige existenz- und identitätsbestätigende affektive Antworten der Mutter vorenthalten worden sind. Daraus sind fortbestehende latente, im späteren Leben leicht erweckbare Zweifel an der eigenen Existenz entstanden. Sie zeigen sich in der Analyse in einem Kontakt- und Bestätigungshunger. Somatoforme Symptome bewirken einerseits ärztlich-fürsorgliche Zuwendung, rekapitulieren andererseits unbewußt frühkindliche Erlebnisse einer krankheitsbedingten Verlassenheit. In einer mehrjährigen Behandlung kann der Patient die Symptome allmählich überwinden sowie eine reifere und stabilere Selbst-/Objekt-Differenzierung etablieren.

Schlüsselwörter: Neurotische Depression, depressive Mutter, mütterliche Affektspiegelung, fehlender Vater, psychoanalytische Langzeitbehandlung einer Depression

Die psychoanalytischen Auffassungen zur Depression haben seit den ersten ihr geltenden Arbeiten Abrahams (1912) und Freuds (1916–17g) viele Facetten gewonnen bis hin zur Frage, ob die Depression eine eigene Krankheit oder nicht vielmehr ein Affekt sei. Die Vielfalt der Meinungen entspricht der Vielfalt der klinischen Erscheinungsbilder.

Ich werde die Behandlung eines Patienten mit einer neurotischen Depression darstellen. Er litt, als er sich an mich wandte, seit zweieinhalb Jahren an einer depressiven Verstimmung, ausgelöst von der Mitteilung der Ehefrau, sich wegen eines anderen Mannes von ihm trennen zu wollen. Depressive Zustände kannte er jedoch seit der Schulzeit. Das baldige Ende der anderen Beziehung hatte seine Depression nicht beendet. Er blieb in einer depressiv-verzweifelte Stimmung ohne Tagesrhythmik, war in sei-

* Bei der Redaktion eingegangen am 21. 4. 2005.

ner Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt, litt an Schlaflosigkeit und Alibidinie, hatte soziale Kontakte zum Teil abgebrochen, fühlte sich schmerzlich einsam und verlassen. Zu den psychischen Symptomen traten Kopfschmerzen, ein Druckgefühl in Kopf und Brust, Mißempfindungen in den Beinen, sexuelles Versagen sowie Erschöpfung hinzu. Das Leben erschien ihm sinnlos. Aber als Ernährer sah er sich in der Pflicht, Frau und Kindern den Lebensunterhalt zu gewährleisten. Ein Jahr vor Behandlungsbeginn hatte er sich getrennt und allein eine kleine Wohnung bezogen. Er betrachtete sein Leben trotz äußeren Erfolges als gescheitert, trug sich mit Suizidideen und erklärte am Beginn der Analyse, er behalte sich alle Optionen vor. Eine etwa zweijährige ambulante niederfrequente Psychotherapie hatte keine entscheidende Besserung erbracht. Einen psychopharmakologischen Behandlungsversuch hatte er abgebrochen.

Psychoanalytische Theorien zur Depression

In seiner ersten explizit der Depression gewidmeten Arbeit sucht Abraham (1912) wie Freud in der Schreberstudie für die Paranoia eine Formel für die Depression. Er nennt zwei: »1. Ich kann die Menschen nicht lieben; ich muß sie hassen« (S. 152). Diese innere Wahrnehmung werde verdrängt und nach außen projiziert. Daraus entstehe die zweite Formel: »2. Die Menschen lieben mich nicht; sie hassen mich ... weil ich mit angeborenen Mängeln behaftet bin. Darum bin ich unglücklich, deprimiert« (ebd.). Abraham scheint der Rolle der Aggression in Form von Haß und sadistischen Impulsen in der Depression eine größere Bedeutung beizumessen als Freud. Der beschreibt die Melancholie (1916–17g) als tief schmerzliche Verstimmung mit Verlust des Interesses für die Außenwelt und der Liebesfähigkeit, mit Leistungshemmung und Herabsetzung des Selbstgefühls. Auslösend sei ein dem Bewußtsein entzogener Objektverlust. Die Klagen des Melancholikers seien Anklagen, die dem verlorenen, zwar nicht mehr libidinös, aber weiterhin narzißtisch besetzten Objekt gälten. Das Ich suche sich mit ihm zu identifizieren. Eine Ambivalenz der Liebesbeziehung komme nun als Sadismus gegenüber dem Ich zum Vorschein, das so zum Opfer seiner eigenen Feindseligkeit werde. Abraham (1924) bestätigt den Mechanismus der Identifizierung mit dem verlorenen Objekt, nennt ihn jetzt wegen der oralsadistischen Entstehungsgeschichte Introjektion und ergänzt Freuds klinische Vorstellungen um die Betonung der Zweizeitigkeit der Melancholieentstehung (S. 65ff.). Er sieht eine charakteristische Abfolge: orale Libidofixierung, schwere Verletzung des kindlichen Narzißmus durch Liebesenttäuschungen, die erste große Lie-

besenttäuschung vor Bewältigung des Ödipuskomplexes, Wiederholung der primären Enttäuschung im späteren Leben. Aus der ursprünglichen Liebesenttäuschung entstehe bereits eine »Urverstimmung« (S. 74) des Kindes. Eine besondere Verantwortung darin erkennt er der Mutter zu, die in der Studie über Giovanni Segantini (Abraham 1911) als Imago der »bösen Mutter« (May 2001) erscheint.

Melanie Klein (1935) erweitert diese Vorstellungen, indem sie ein Wechselspiel von introjektiven und projektiven Prozessen in der Kindheit annimmt. Das Kind introjiziere nicht nur das abwesende Objekt (die Brust), sondern projiziere auf es auch die eigene Aggression. Das Introjekt sei dann böse, bedrohlich und zerstörerisch, aber auch selbst gefährdet. Daraus entstehe das Bedürfnis nach Wiedergutmachung, um sich gute und lebendige Objekte zu erhalten. Diese Mischung aus Liebes- und Haßgefühlen, Zerstörungs- und Reparationswünschen nennt Klein jetzt die depressive Position. Aus den Introjektionen entstehe auch das Über-Ich, aus ihrer sadistischen Ausstattung die oft große Strenge des Über-Ichs bei Depressiven. Radó (1927) sieht diese Strenge in einer doppelten Identifikation, einer Ich- und Über-Ich-Identifikation mit dem Objekt begründet. Wenn es dem Kind nicht gelinge, so Klein weiter, in dieser Periode ein gutes Objekt in sich zu errichten, erlebe es bereits jetzt den Verlust des Liebesobjekts und erwerbe die Grundlagen der depressiven Disposition. Eine glückliche Beziehung zur realen Mutter helfe, die depressive Position zu überwinden.

In der späteren Literatur zur Genese der Depression wird immer der Bezug zur kindlichen Traumatisierung hergestellt. Fenichel (1945) sieht die Disposition in der oralen Fixierung als Reaktion auf narzißtische Kränkungen, die Frage der neurotischen oder psychotischen Qualität hänge von der Tiefe der narzißtischen Regression ab. Jacobson (1943) beschreibt die kindliche Depression einer Patientin, die in ihren Liebesbeziehungen immer wieder an einem depressiven Rückzug scheitert, als Folge des Verlustes der Mutter durch die Geburt des jüngeren Bruders. In späteren depressiven Zuständen habe sie sich durch die den Familienmitgliedern geltenden Todes- und Rachewünsche nach Reintrojektion von innen bedroht und paralysiert gefühlt.

Interessante neue Gedanken führt Bibring (1952) ein. Er faßt die Depression als gefühlsmäßigen Ausdrucks eines Zustands von Hilflosigkeit im Ich auf, der in einen Kontrast zu den narzißtischen Ansprüchen, sicher, geliebt, stark, gut und liebevoll zu sein, tritt. Ursache der Depression sei damit eine Spannung im Ich selbst, ein Zusammenbruch des Narzißmus des Ichs. Daraus ergebe sich ein Gefühl der Ohnmacht und Hilf-

losigkeit des infantilen Ichs als Prädisposition zur Depression. Die Disposition liege nicht primär in der oralen Fixierung, sondern in der Verletzung des Narzißmus auf dieser Stufe, wie sie auch auf anderen Stufen mit ihren je spezifischen narzißtischen Themen und Verletzbarkeiten erfolgen könne.

Wichtige Erweiterungen zum Verständnis der Mechanismen der Depression entstammen der Entwicklungspsychologie. Spitzens Säuglingsbeobachtungen im Kinderheim (Spitz 1965) erbrachten eine Beschreibung der anaklitischen Depression bei Wegfall einer konstanten und insgesamt fördernden, emotionalen Kontakt bietenden frühen Objektbeziehung. Bowlbys Untersuchungen (1961, 1973) zur Bindung führten die Entstehung von kindlichen Trauerzuständen und Depressionen bei Verlust der Bindung vor Augen.

Mit diesen empirischen Beobachtungsdaten entstanden Zweifel an der Allgemeingültigkeit der bei Erwachsenen beobachteten psychodynamischen Abläufe in depressiven Zuständen. Sandler und Joffe (1965) nehmen an, der depressive Affekt, manchmal gar ein Merkmal der Gesundheit, gebe noch keinen Aufschluß über tieferliegende Dispositionen. Sie beschreiben aus den Krankengeschichten von Kindern eine depressive affektive Grundreaktion, die keine eigenständige Krankheit sei, sondern in Verbindung mit verschiedenartigen Persönlichkeitstypen und klinischen Zuständen auftreten könne. Sie sei ein psychophysischer Zustand seelischen Schmerzes, der durch den Verlust eines Idealzustandes – Verfügung über die Mutter und ihre liebevolle Sorge – entstanden sei. Ihn nicht wiederherstellen zu können, erlebe das Kind als Ohnmacht und Hilflosigkeit, die zur Depression führten, eine der Auffassung Bibrings nahestehende Konzeption. Das Erleben wiederholter depressiver Reaktionen in der Kindheit sei ein prospektiv belastender Faktor.

Jacobson (1971) nimmt in der Frage der Einheitlichkeit depressiver Syndrome zwar einen depressiven Grundkonflikt, aber ansonsten erhebliche strukturelle und entwicklungsdynamische Unterschiede an. Will sieht den depressiven Grundkonflikt in der Unvereinbarkeit zweier starker Wünsche:

»einerseits dem Liebesobjekt nah sein zu wollen bis zur Verschmelzung, andererseits eine Wut ausleben zu wollen, die bis zur Zerstörung des Objektes oder seiner selbst gehen könnte« (2000, S. 88).

Die ursprünglichen Objekte dieser Wünsche sind die Objekte der frühen Kindheit, im späteren Leben durch signifikante Objekte der Erwachsenenwelt ersetzt. Fortbestehende unbewußte symbiotische Wünsche an

das mütterliche Objekt, im Erwachsenenalter unerfüllbar auf einen Partner verschoben, können zu depressiven Verstimmungen mit abwechselnd symbiotisch nahen und kühl-distanzierten Beziehungsgestaltungen führen (Bruns 1991, S. 81ff.).

Die narzißtische Seite stellt auch Green (1983) in seinem Konzept der toten Mutter in den Vordergrund. Als tote Mutter bezeichnet er die emotional tote, weil gegenüber dem Kind reaktionslose Mutter, die, selbst von einem Schicksalsschlag überwältigt, alle Besetzung abrupt vom Kind abzieht – ein narzißtisches Trauma. Es führe beim Kind zu einem Abzug der Besetzung von der Mutter und zu einer unbewußten Identifizierung mit der toten Mutter. Gleichzeitig verliere das Leben des Kindes seinen Sinn, weil der bisherige Mittelpunkt unverstehbar zusammengebrochen sei. Es stelle sich, so die Diktion Greens, die weiße Trauer der Leere ein, die durch den Besetzungsabzug im Unbewußten psychische Löcher im Gefüge der an die mütterliche Imago geknüpften Objektbeziehungen hinterlasse. Die schwarze Depression des Hasses sei erst eine sekundäre Manifestation. Die tote Mutter könne nicht aufgegeben werden, weil die psychische Trennung nur ungenügend vollzogen sei (S. 234).

Blatt (1998; s.a. Beitrag in diesem Heft) unterscheidet zwei Formen der Depression, die anaklitische (abhängigkeitsinduzierte) und die introjektive (selbstkritische) Depression, deren Unterscheidung nach klinischer Erfahrung für gezielte Behandlungsindikationen von Bedeutung sei.

Zur Behandlungsatmosphäre und -technik weist Jacobson (1954) auf die Ambivalenz der Patienten, die Gefahr einer negativen therapeutischen Reaktion und die Erwartung einer Art magischer Liebe seitens des Analytikers hin, was die notwendige kontinuierliche empathische Verbindung schwermache. Green (1983) sieht bei der klassischen analytischen Haltung die Gefahr, »die Beziehung zur toten Mutter durch Schweigen zu wiederholen« (S. 229). Es sei eine lebendige Technik bei strikter Wahrung der Neutralität angebracht.

Die Analyse eines depressiven Patienten – biographische Daten

Die nachfolgend beschriebene psychoanalytische Behandlung dauerte insgesamt fünf Jahre. Ihr erstes halbes Jahr ist als Kontinuum, der weitere Verlauf in einigen Hauptlinien dargestellt. Der Patient hatte sich, obwohl in einer anderen Stadt lebend, auf Empfehlung einer Bekannten an mich gewandt, die einige Zeit zuvor eine Analyse bei mir beendet hatte. Mit ihrem Erfolg und ihrer Zuversicht hatte er sich identifiziert, so daß er trotz seiner Hoffnungslosigkeit nochmals eine Behandlung wagte.

Er war während des Zweiten Weltkriegs als viertes Kind seiner Eltern in einem der von Deutschland annektierten Territorien geboren worden. Dem Vater, Akademiker, war bereits in jungen Jahren eine ansehnliche Karriere gelungen; trotz NSDAP-Mitgliedschaft und einer leitenden Funktion war er als Soldat eingezogen worden. Der Vater hatte den Patienten, so die Erzählungen, nur einmal gesehen, er war etwa ein halbes Jahr nach der Geburt dieses seines jüngsten Kindes gefallen. Ein halbes Jahr nach dem Vater war die einzige Schwester des Patienten im Alter von sieben Jahren an einer Infektionskrankheit verstorben.

Als der Patient von diesen beiden Todesfällen in den Vorgesprächen berichtete, entstanden in mir ernste, aber noch vage Gedanken, wie sich diese Verluste in der Familie ausgewirkt haben könnten. Ich fragte, ob der Vater später noch eine Rolle gespielt habe. Er bejahte: Mutter habe nie wieder geheiratet; sie habe den Vater mit seinen frühen beruflichen Erfolgen als positives Vorbild gezeichnet. Ich dachte daran, wie die Idealisierung des abwesenden Vaters die Entwicklung einer realitätsangemessenen Vaterrepräsentanz belastet und wie sie Trauer, Wut und Enttäuschung verhindert.

Mit dem Kriegsende war die Familie in einem Waggon in einen Ort mit einer anderssprachigen und ihr fremden Bevölkerung transportiert worden. Als der Patient fünf Jahre alt war, zog die Familie nach Deutschland ins väterliche Dorf, später folgte die Mutter der Mutter. Mutter und Großmutter seien ihm als dem Jüngsten sehr zugetan gewesen; die Mutter habe Besonderes von ihm erwartet. Zu den Dorfbewohnern blieb immer eine gewisse Distanz. Im Gymnasium der Kreisstadt war er ein mittelmäßiger Schüler.

Das Studium eröffnete ihm schnell eine rasante intellektuelle Entfaltung. Er errang sich die Anerkennung eines sehr anerkannten Hochschullehrers, promovierte bei ihm, trat bald nach dem Examen einen ersten Auslandsaufenthalt an, nach der Rückkehr und wenigen Jahren als Universitätsassistent einen zweiten längeren. Aus ihm heraus bewarb er sich auf eine leitende Position in einer wissenschaftlichen Einrichtung in Deutschland und wurde, wenig älter als 30 Jahre, berufen. Nach einigen Jahren hatte er Stelle und Wohnort nochmals für eine ähnliche, in manchem verbesserte Position gewechselt.

Seine erste frühe Ehe noch während des Studiums, aus der eine Tochter hervorgegangen war, wurde mit der Rückkehr nach Deutschland aus dem zweiten Auslandsaufenthalt geschieden. Bald darauf begegnete er einer Frau wieder, die er bereits einige Jahre zuvor kennengelernt, aber wieder aus den Augen verloren hatte. Sie wurden schnell ein Paar, heirateten und bekamen mehrere Kinder. Die Ehefrau war streng, fordernd, versagend,

mehr noch als die Mutter des Patienten. Sie formulierte Pflichten und hohe moralische Ansprüche, denen sie nach seinen Worten selbst gerecht wurde. Eine milde und wärmende Seite wie die Mutter besaß sie im Erleben des Patienten anscheinend nicht, seine Erzählungen schufen in mir das Bild einer kühlen, streitbaren, hageren, scharfzüngigen Frau.

Das Schicksal des Patienten berührte mich sehr. Er litt, war gequält und wirkte erschöpft. Sein Bericht über sich war rücksichtslos offen und von einer gewissen Schonungslosigkeit gewesen. Das beeindruckte mich, erschreckte mich aber zugleich, weil ich bei dem Gedanken an seine Selbstmordimpulse sah, daß ein kleiner Schritt ihn in eine nicht aufzuhaltende Selbstauslöschung hineinführen konnte.

Seine Klugheit und Intelligenz beeindruckten mich, die Neigung zu Ironie und leisem Spott mahnten mich zur Vorsicht, weil ich mir gut Verletzungen durch sie und einen schwer überwindbaren Widerstand vorstellen konnte, der Deutungen abprallen ließ. So war es mir im Erstgespräch ergangen, als ich über die nach dem Tod des Vaters allein gebliebene Mutter gesagt hatte, die Ehe der Eltern sei offenbar für sie unauflösbar geblieben. Ob ihn das hindere, aus der Ehe zu gehen. Er hatte diese Hypothese zurückgewiesen: Er sehe es anders. Er wolle nicht die Kinder ohne Vater lassen, wie er es erlebt habe.

Die Analyse: das erste halbe Jahr

Wir begannen eine Analyse. Ich hatte nicht den Eindruck, mich wirklich entscheiden zu können, sondern einem zwingenden Ablauf zu unterliegen. Die Analyse nannte er seinen letzten Versuch. Er unternahm ihn gezielt bei mir, weil der Erfolg der Bekannten mit einer ebenfalls längeren, allerdings somatischen Vorgeschichte in ihrer Analyse ihn ermuntert hatte. Dafür gab er mir einen Vertrauensvorschuß. Neri (2005) hat auf die Bedeutung von Glaube und Vertrauen gerade in der Behandlung depressiver Patienten hingewiesen. Mein Eindruck war, daß der Patient bei der Enttäuschung, Verletztheit und Resignation, die ihn nach der Abwendung der Ehefrau erfüllte, ohne diesen Vorschuß nach zwei fehlgeschlagenen Behandlungsversuchen keinen nochmaligen Anlauf gewagt hätte. Die in der Identifikation mit der Bekannten initial positive Übertragung auf mich sprach mich an, ließ mich aber auch eine Verpflichtung zum Erfolg spüren, zumal er auch zu erkennen gab, daß der Behandlung und dem Leben nur noch geringe Erwartungen galten. Er sprach direkt über seine Suizidgedanken. Seine gezielte Auswahl, seine merkbare Verletzlichkeit und Kränkbarkeit sowie seine Suizidalität erzwangen die Zustimmung zur Be-

handlung. Mich ließ aber auch seine Fähigkeit, Vertrauen zu entwickeln, zustimmen. Sie begründete die Zuversicht bei mir, etwas Gutes mit ihm erreichen zu können.

Für die Termine mußte er eine Zugfahrt von mehr als einer Stunde je Richtung in Kauf nehmen. In den ersten Monaten fanden wöchentlich zwei, dann drei Sitzungen und im letzten halben Jahr eine Sitzung statt.

Er eröffnete die erste Sitzung mit Gedanken über die Trennung von Frau und Familie und die Abhängigkeit von ihnen. Einige Tage zuvor habe er nochmals einen bitteren Absturz erlebt. Er habe geträumt, seine Frau sei gestorben. Dieser Traum habe ihn mit Entsetzen erfüllt und ihm ein jähes und ohnmächtiges Gefühl der Unabänderlichkeit vermittelt. Gleichzeitig sei eine wahnsinnige Sehnsucht nach seiner Frau und eine große Traurigkeit entstanden. Am nächsten Tag habe er seine Frau angerufen und um ein Treffen gebeten. Sie sei gekommen, er habe ihr seine Zuneigung gezeigt, seine Liebe und Sehnsucht erklärt, geweint. Sie habe ihn wie einen Fremden betrachtet, zwar freundlich, habe aber erklärt, keine Liebe mehr für ihn zu empfinden. Sie sei überrascht, weil sie gedacht habe, das sei ihm klar.

Er sprach über seine Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verlassenheit, aber auch über seine Verehrung für sie wegen ihrer, wie er es nannte, transzendentalen Unbeeinflussbarkeit und ihrer absoluten Ehrlichkeit. Neben ihr fühlte er sich defizitär, weder besaß er nach seiner Meinung ihre moralische Integrität noch besaß er das, was den anderen Mann für sie interessant gemacht hatte.

Diese Eröffnung setzte der Analyse eine große Aufgabe. Sie sollte ihm in seiner aktuellen Not wie auch in seinem lang bestehenden defizitären Selbsterleben helfen. Es ging ein Druck von drängender und flehender Natur von ihm aus, für ihn dazusein und ihn in seiner quälenden Verlassenheit nicht allein zu lassen. Das spürte ich in der vierten Sitzung besonders deutlich. In einem ersten Traum nahm er eine schöne junge Frau mit in seine Wohnung, sie war voll Vertrauen ihm gegenüber; zwar spürte er eine Vergleichenheit wegen des Altersabstandes, wußte, ihr nicht genügen zu können, aber sie ordnete liebevoll einen Strauß Blumen auf dem Tisch. Seine ersten Assoziationen dazu betrafen sein Älterwerden und seine Impotenz. Ein zweiter Traum zeigte eine Massenversammlung, in die eine bedrohliche Bewegung kam. Beide Träume führten ihn zu Aktivitäten mit seiner Frau und der Erinnerung an die erste große gemeinsame Reise nach Palermo.

Plötzlich, gegen Schluß der Stunde, fragte er unvermittelt: »Kennen Sie Palermo?« Er verlagerte die Reisephantasien von der Ebene der Erinnerung an Unternehmungen mit seiner Frau auf die Ebene unserer Bezie-

hung. Es war nicht mehr ein analytisches Verstehen, das er mit meiner Hilfe suchte, sondern er wollte eine direkte, vielleicht sogar freundschaftliche Begegnung. Als ich es ansprach, bestätigte er es: er suche nach einer gemeinsamen Basis, einer gemeinsamen Erfahrung. Er habe Gutes über mich gehört, aber noch nicht aus eigener Erfahrung Vertrauen entwickeln können.

Offensichtlich wollte er aber mehr als Kennenlernen und Vertrauensgewinnung. Denn ähnliche Szenen wiederholten sich nahezu während der gesamten Analyse. Oft sprach er mich direkt mit einer Frage an, die er nicht für unsere gemeinsame analytische Reflektion vorgesehen hatte. Er fragte etwa nach meinen Kindern, denen er gelegentlich vor dem Haus oder beim Betreten des Hauses begegnete. Oder er begann über Erfahrungen mit Handwerkern zu sprechen und mich dazu zu befragen, als während der Zeit seiner Analyse das Haus einmal für Malerarbeiten mit einem Gerüst versehen war. Mein klarer Eindruck war, daß er mit diesen Fragen ein verzweifelt Gefühl der Einsamkeit überwinden wollte, indem er auch einen privaten Diskurs herstellte.

In der nächsten, der fünften Sitzung brachte er mit einem neuen Traum sein narzißtisches Trauma in die Analyse. Er erzählte:

»Ich bin mit meiner Mutter in einem Raum; sie ist viel jünger, vielleicht 40 Jahre. Wir sind allein, sie ist sehr verschlossen, läuft umher. Ich empfinde es als unangenehm. Ich frage: Warum hast Du mich nicht lieb? Ich bin doch auch Dein Kind.«

Ihm fielen dazu die geschilderte Begegnung mit seiner Frau und die Fremdheit zwischen ihnen ein. Dann die kurze heimliche Affäre, die ein langjähriger, etwas älterer Freund etwa ein Jahr zuvor in der Zeit des Auszugs aus der familiären Wohnung mit seiner Frau gehabt hatte. Dieser zufällig entdeckte doppelte Vertrauensbruch hatte ihn tief verletzt. In dem inzwischen erneuerten Kontakt mit diesem Freund behielt er eine »reservatio mentalis«. Gut an dem Kontakt erschien ihm, daß er entlastet von Schuldgefühlen wäre, wenn dieser Freund plötzlich versterben sollte. Die kaum verhüllten Todeswünsche machten das Ausmaß seiner Verletzung und Wut deutlich. Die Einfälle offenbarten aber auch seine Furcht, erneut in einem Vertrauensverhältnis, etwa zu seinem Analytiker, verletzt zu werden. Zeigte der Traum noch frühere Vertrauensbrüche an? Mußte er auch deswegen über den professionellen Kontakt hinaus sich meiner Erreichbarkeit versichern? Hatte er erfahren, daß eine Mutter nicht immer ihre Kinder liebt, und fürchtete er zu erfahren, daß ein Psychoanalytiker nicht immer für seine Patienten aufmerksam ist?

In einer der nächsten Sitzungen deutete ich ihm, als er von seiner aggress-

siven Hemmung und seiner oft hochmütigen Distanz sprach: Distanz anstelle von Wut. Das wies er zurück – er erlebe keine Wut mehr wie früher, jetzt sei er nur noch traurig. Dann griff er mich als mechanisch denkend und die Psychoanalyse als schematisierend an. Ich merkte, daß ich zu schnell gewesen war. Offensichtlich hatten seine Klugheit, Nachdenklichkeit und Trautätigkeit in den ersten Sitzungen mich verführt, seine introspektive Selbstkonfrontation zu überschätzen.

Nach diesem kleinen Angriff auf mich wirkte er entlastet und aufgeräumter. In einer Stunde erzählte er zu Beginn eine kleine lustige Geschichte, neutralisierte sie aber sofort wieder, indem er von einem Film über Judendeportationen erzählte. Dieser Film hatte ihn auch an die Zeit des Kriegsendes erinnert, an die Transporte im Waggon mit Mutter und Geschwistern, die ständigen Kontrollen, die Konfrontationen mit bedrohlichen Männern. Damals hatte er sich sehnlichst einen Schutz bietenden Vater gewünscht. Statt dessen hatte die Mutter ihn schon als kleinen Jungen idealisiert und große, ihm bis in die Gegenwart vorschwebende Erwartungen an ihn ausgesprochen. Längere Zeit hatte er sich wie auserwählt gefühlt. Ich dachte, seine große Aufgabe sei gewesen, der Mutter Ehemann und Tochter zu ersetzen.

Vorsichtig sprach er nach zwei Monaten eine erste Anerkennung der Behandlung aus. Seine etwas widerstrebende Mitteilung, zur Zeit keine Suizidgedanken zu haben, war wie ein Geständnis. Er brachte mir einen Zeitungsausschnitt mit einem Vergleich von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie mit. Den Vortrag eines bekannten Verhaltenstherapeuten kommentierte er: »Schrecklich, solch ein mechanisch-fröhliches Selbstbewußtsein.«

Auftauchende Kindheitserinnerungen verwoben sich mit Berichten von Begegnungen mit seiner Frau, die ihn immer wieder kritisierte. Ähnlich streng war auch die Mutter oft gewesen, sie hatte aber auch beschwert und resigniert gewirkt. Im Schulalter hatte er sie oft nicht erreicht; dann war er im Gefühl, unverstanden zu sein, in den Garten gelaufen und hatte sich hinter einem Schuppen ausgeweidet. Die Wiederholungen ließen mich an eine kindliche Depression denken. Er weinte auch in dieser Sitzung.

Er träumte, einen Bauern mit seiner Tochter zu beobachten, die auf ein Pferd, das den Bauern angreifen wollte, einschlugen, bis es zusammenbrach. Im Pferd sah er sich, der von Mutter und älterem Bruder erzogen worden war. Das Pferd repräsentierte aber auch seine zugerichtete Sexualität. Zuhause hatte die Mutter ein Ideal der Asexualität errichtet; sie selbst hatte nach dem Tod ihres Mannes keinen anderen Mann mehr gehabt.

Die Frage, wie die Mutter wohl zu ihm gestanden hatte, trat in den Vor-

dergrund. Zu einer Freundin fand er keine rechte Verbindung, und er fragte sich, ob das ein Vorbild in seiner Beziehung zur Mutter habe. Er war ein ungeplantes Kind gewesen, nach dem Tod von Vater und Schwester jedoch von der Mutter verzweifelt festgehalten und geliebt. Aber er hatte Distanz und Entfremdung gespürt, wenn er ihren Vorstellungen nicht entsprochen hatte. Das fürchtete er jetzt auch bei mir. Er vermutete, ich würde lieber mit einer attraktiven, lebendigen Frau arbeiten als mit ihm. Er fühlte sich langweilig und uninteressant, war erfüllt von einem Gefühl des Scheiterns im Leben. Ich sprach seinen verborgenen familiären Auftrag und seine Mutterübertragung an: Er fühle sich im Leben gescheitert, weil er der Mutter die Tochter nicht habe ersetzen können. Jetzt nehme er an, ich wolle lieber mit einer Frau arbeiten. Das sei wie eine Wiederholung: als würde ich wie die Mutter ihm die Schwester vorziehen, nähme aber notgedrungen mit ihm vorlieb; und er glaube, sie mir nicht ersetzen zu können.

Anscheinend machte diese Deutung ihn etwas freier von dem Imperativ, sich den weiblich-mütterlichen Forderungen und Erwartungen zu fügen. Er stritt mit seiner Frau, entwickelte kritische Überlegungen und konnte gleichzeitig zufriedener und entspannter arbeiten.

Wie mit einer Geste der Dankbarkeit weihte er mich jetzt in ein Geheimnis ein. Er eröffnete mir, vor zwei Jahren einen Trommelrevolver gekauft zu haben. Der habe etwas Beruhigendes; manchmal sitze er da und betrachte ihn, am liebsten dann, wenn das Gefühl von Sinnlosigkeit zu groß werde. Er fühle sich nicht sicher vor weiteren Umbrüchen und Schicksalsschlägen. Mit dem Revolver habe er die Möglichkeit, ihnen definitiv zu entkommen. Dann vergewisserte er sich, daß ich sein Geheimnis wahren würde.

Ich sicherte es zu und anerkannte nachdrücklich den großen Fortschritt, über seine schlimmste Zeit und die Nähe zum Tode zu sprechen. Die Anerkennung seiner Offenheit erleichterte ihm das weitere Sprechen über seine Resignation und Lebenszweifel, die aus seiner Verbindung mit mir gemildert wurden, wie er am Schluß dieser Stunde mit einem kleinen Wortwechsel illustrierte. Er sagte: »Bis zur nächsten Woche.« Ich: »Ja, bis zum nächsten Montag.« Er, vom Flur in das Behandlungszimmer zurückkommend: »Haben Sie gesagt Dienstag?« Ich: »Habe ich nicht gemerkt. Wir sehen uns am Montag, wie immer.« Er lachend: »Oder wollen sie mich nicht mehr?«

Er sprach seine Zweifel, gewollt zu sein, an, entstanden wohl aus der elterlichen Ambivalenz gegenüber dem nicht mehr gewollten vierten Kind. Aber sein Scherzen zeigte, daß er zumindest in diesem Augenblick eine Distanz zu ihnen hatte und er an seiner Erwünschtheit bei mir nicht zweifelte.

Diese Gewißheit hatte ihm seine Offenbarung ermöglicht, die mich jedoch vor einen Konflikt stellte. Sollte ich ihm das Versprechen abnehmen, sich während der Zeit der Behandlung nicht zu töten? Sollte ich gar versuchen, den Revolver von ihm zu erhalten oder ihn zu verpflichten, ihn selber in einem anonymen Arrangement abzugeben? Ich entschied mich gegen diese verschiedenen Optionen, weil jede ein Mißtrauen gegenüber seiner Fähigkeit zur Eigenverantwortlichkeit auch für seine Suizidalität ausgedrückt hätte. Ich fürchtete, er würde sich mit einem solchen Mißtrauen identifizieren. Viel hilfreicher erschien es mir, ihm mein Zutrauen zu seiner wiedererstehenden Sorge um sich selbst entgegenzubringen.

Außerdem war ich trotz eines Schrecks wirklich erleichtert. Die Art, wie er über den Revolver und seine Suizidideen sprach, offenbarten eine erhebliche Distanz von einer Verwirklichung. Ich verstand seine Offenheit als Beweis eines gewachsenen Vertrauens und als Bekundung seiner Bereitschaft, auch diesen autodestruktiven Bereich seiner inneren Welt zu erforschen. Er prüfte aber wohl auch meine Vertrauenswürdigkeit und mein Vertrauen in den analytischen Prozeß – ob ich mich auf die Tragfähigkeit des analytischen Diskurses verließ oder ihn erschreckt abbrach und disziplinarisch reagierte.

Seine Sehnsucht nach dem ihn endlich wahrnehmenden und anerkennenden Vater spürte ich jetzt deutlicher in der Übertragung, wenn er mich etwa einlud, einmal einen Vortrag von ihm zu besuchen und mit ihm zu diskutieren. Diese Hinwendung zum väterlichen Objekt in der Übertragung erlaubte ihm z. B. im Streit mit seiner Frau einen größeren Abstand von den mütterlichen Objekten. Aber die neu entstehende Bindung war noch prekär, unsicher und irritierbar. Als ich einen Termin absagen mußte, vergaß er den darauffolgenden Termin. Eine Verbindung zwischen den zwei Ereignissen wies er empört zurück – als wenn er einen unzuverlässigen Vater wieder aus seinem Leben entfernen wolle. Wenige Stunden später kam er aber doch auf seinen Vater zurück und überlegte, welche Rolle der wohl in der Analyse spiele. Ob er in der Übertragung erscheinen könne, wenn er für ihn eigentlich gar nicht real, sondern nur symbolisch existiert habe. Allerdings war der Vater mit Bildern und in den idealisierenden Erzählungen von Mutter und Bruder in der Familie präsent gewesen. Welche Rolle spiele der Vater nun hier in der Analyse? Ich antwortete, er habe den Vater, seine Unterstützung und gemeinsame Unternehmungen mit ihm sehr vermisst, so viele seiner Wünsche an ihn seien offen geblieben. Sie würden sichtbar, wenn er z. B. mir eine konkrete Beziehung und einen Kontakt außerhalb der Analyse vorschläge. Er nahm das nachdenklich auf.

Vor der jetzt herannahenden längeren Ferienunterbrechung zog er sich aus diesem intensiven Kontakt wieder in eine verstärkte narzißtische Einkapselung zurück. Er klagte über seine körperlichen Beschwerden, den fehlenden Zugang zu seinen Gefühlen und den Verlust der Sexualität. Aber dieser narzißtische Rückzug als Lösungsmodus war in seiner Selbstverständlichkeit erschüttert. Gerade die ausführliche Mitteilung über frühere Zeiten ausgeprägter depressiver Verstimmungen brachte auch eine neue Beziehungsanknüpfung, weil er darüber sprechen konnte. Er erinnerte sich an Zeiten emotionaler Lethargie schon in der Kindheit und Jugend, an depressive Zustände beim Abschluß seines Studiums und während seiner ersten Ehe, als bei der Geburt von Mehrlingen nur ein Kind überlebt hatte, an seine Niedergeschlagenheit bald nach Beginn der zweiten Ehe mit den damals verschwiegenen Suizidgedanken. Am Schluß dieser Sitzung war er entlastet; er erinnerte sich an Gefühle der Freude im sonnig-warmen Garten seiner Kindheit und bemerkte, als er bei der Verabschiedung aus dem Fenster schaute: »Die Sonne scheint ja mal.«

Die Schatten kehrten jedoch schnell zurück. In der nächsten Sitzung verwies er auf seine zwei gescheiterten Ehen und den Vertrauensbruch durch den langjährigen vertrauten Freund. Ich verband die Themen in der Deutung, eine ähnlich brutale Desillusionierung befürchte er wohl auch in der Analyse. Als er dann unmittelbar vor den Ferien verschiedene Streitsituationen aus Traum und Realität schilderte und überlegte, ob seine Frau ihn überhaupt geliebt habe, ergänzte ich die frühere Deutung: die Urlaubsunterbrechung treffe ihn offenbar tief. Es sei, als habe er sich innerlich darauf vorbereitet, daß diese Unterbrechung ein definitives Ende auch für unsere Beziehung sein könnte. Er stimmte abmildernd zu: Er sei jedenfalls vorsichtig, sich allzusehr einzulassen.

In diesem ersten halben Jahr zeigten sich bereits die besonderen Merkmale dieser Analyse. Die Symptomatik changierte zwischen geringer und betonter Ausprägung von entweder psychischen oder körperlichen Symptomen, oft mit schnellen Wechseln. Am meisten erleichterte mich, daß er seine Suizidalität überwinden konnte. Er neigte dazu, sich den Vorgaben der Ehefrau zu unterwerfen wie früher der Mutter. Er war erfüllt von Schuldgefühlen wegen der Trennung, weil er meinte, mehr Leidensbereitschaft aufgebracht haben zu sollen. Wie eine unbewußte Buße erlegte er sich Verzichtsforderungen auf. Mir brachte er einen regelrechten Kontakt-hunger entgegen, wenn er, durchaus vorsichtig und eher tastend, mit einem direkten Ansprechen zusätzlich zur psychoanalytischen eine andere private Beziehungsqualität herzustellen suchte. Gleichzeitig trat leicht eine ängstlich-mißtrauische Vorsicht hervor. Er zog sich bei kleinen Anläs-

sen immer wieder wie auf einen sicheren Beobachtungsposten zurück, ohne den Kontakt aber ganz aufzugeben.

Aspekte der Beziehung zur Mutter – depressive Spiegelung und existentielle Zweifel

Für die weitere Behandlung werde ich als Hauptlinien die frühe Mutterbeziehung, die Vatersehnsucht und die Symptomentwicklung nachzeichnen.

Die Beziehung zur Mutter war kompliziert. Er war ein ungewolltes Kind und hatte das in der Zeit vor dem Tod von Vater und Schwester wohl erfahren. Für die Zeit danach brauchte die Mutter ihn um so mehr. Es war jedoch ein Zweifel in ihm, ob sie ihn wirklich wollte. Er empfand, daß sie ihn für die Erfüllung ihrer Erwartungen und als Ersatz für ihre Verluste liebte. Die Verluste waren tatsächlich schwer. Als der Patient ein halbes Jahr alt war, erlag der Vater in einem Lazarett seinen Kriegsverletzungen. Als er ein Jahr alt war, starb die sechs Jahre ältere Schwester. Noch in der Analyse schien er die Überforderung der Mutter zu spüren, wenn sein Mitgefühl für sie ganz im Vordergrund stand und er erst ganz am Ende der Analyse mitteilte, daß die Mutter im selben Jahr auch Vater und Bruder verloren hatte.

Erstmals nach zehn Monaten konnte er ein eigenes frühes Erlebnis schwer erträglicher Verlassenheit in der Analyse ansprechen. Er denke wegen des taubheitsähnlichen Gefühls in den Beinen und des Verschwindens jeglichen sexuellen Gefühls an eine stationäre Diagnostik. Aber eine Angst vor Ärzten und Krankenhäusern lasse ihn einen Besuch hinauszögern. Als Hintergrund ergab sich, daß er im Alter von drei Jahren mit einer bedrohlichen Infektionskrankheit in ein Krankenhaus gebracht worden war. Die Mutter war zurückgeblieben und hatte ihn nie besucht. Er hatte die Zeit als dramatisch, von seinen Rufen nach der Mutter und schmerzlicher Verlassenheit erfüllt in Erinnerung. Mir schien die Mutter nicht nur von der Desorganisation der Lebensverhältnisse am Kriegsende abgehalten, sondern vermutlich mehr noch von der Unerträglichkeit der Vorstellung, ein weiteres Kind zu verlieren. Sie hatte den Sohn dann wie bereits verloren behandelt. Meine Deutung, durch die Trennung von der Mutter in seiner damaligen Krankheit habe er sich nicht nur völlig verlassen, sondern auch von aller Lebendigkeit abgeschnitten gefühlt wie jetzt mit dem Verlust der Sexualität und des Gefühls in den Beinen, hatte er zurückgewiesen. Er mußte die Beziehung zur Mutter schützen. Aber dann zählte er wiederholte Zustände des Gelähmtseins seit der Grundschulzeit auf; immer war ein Unglück über ihn gekommen, dem er hilflos ausgeliefert gewesen war.

Der zeitliche Zusammenhang seiner Einfälle offenbarte eine im Unbewußten konstruierte Verbindung zwischen der Verlassenheit im Krankenhaus und dem Tod der Schwester. Nach dem Bericht über das Krankenhaus erzählte er, daß die Mutter den Tod der Tochter noch schwerer verwunden habe als den ihres Mannes. Sie hatte die Tochter idealisiert als eine Art Heilige, die »aus der Welt ging ohne Schuld«. Neben ihr hatte der Patient sich schon als Junge unvollkommen gefühlt. Ich: »Weil Sie Ihrer Mutter die Tochter nicht ersetzen konnten.« Er bestätigte es.

Danach konnte er die enge innere Bindung an die Mutter, inzwischen eine hochbetagte Frau, etwas lockern, wohl auch, weil ich in der Übertragung zunehmend die Bedeutung eines Vaters gewann. Es zeichnete sich eine Triangulierung ab, die, wie sich zeigen sollte, in seinen unbewußten Phantasien lebensrettenden Charakter besaß. In seinem aktuellen Leben sollte ich mit Hilfe der Analyse sein Leben retten, in der Kindheit hatte ein phantasmatischer, in der Stunde der Not erscheinender Vater sein Leben gerettet. Mit einem Vater zur Seite konnte er nach mehr als zwei Jahren Analyse in der folgenden Erinnerung eine Trübung des idealen Bildes der Mutter zulassen. Er war im Alter von zweieinhalb Jahren mit der Mutter und einem Bekannten an einen See gefahren. Die zwei Erwachsenen hatten gegessen und geredet, ihn wohl aus den Augen verloren. Er war auf den zugefrorenen See hinausgelaufen und dort eingebrochen. Die Mutter und der Bekannte waren ihm nachgestürzt, aber bei dem Versuch, ihn zu retten, ebenfalls eingebrochen. Zwei SS-Leute – eine besondere Ironie, weil er in seinem späteren Leben streng antifaschistisch war – hatten ihn, die Mutter und den Bekannten mit Hilfe von Leitern, die sie auslegten, gerettet. Ich verstand es so, daß er eine Mitteilung über die in ihrer Aufmerksamkeit befangene und ihn nur unzureichend wahrnehmende Mutter machte. Zugleich deutete er unausgesprochen seine Sehnsucht nach dem rettenden Vater an, der als unbewußtes Phantasma in Gestalt der zwei rettenden SS-Leute, Angehörige derselben Partei wie der Vater, aufgetaucht war.

Vermutlich sind in den Erinnerungen an den Krankenhausaufenthalt und den Eisenbruch frühere, noch einschneidendere Erlebnisse mütterlicher Abwesenheit enthalten; es scheint sich um Deckerinnerungen für nicht bewußt erinnerbare Ereignisse zu handeln, die Bestandteile seines prozeduralen bzw. impliziten Gedächtnisses (Schüssler 2002) sind, d. h. dem emotionalen Unbewußten angehören (De Masi 2000). Diese Erinnerungen betreffen die Erreichbarkeit der Mutter, also ihre emotionale Antwort auf seine frühkindlichen Bemühungen um ihre Zuwendung. Das in meiner Gegenübertragung lange Zeit dominierende Gefühl, ganz auf-

merksam für ihn sein und das auch vermitteln zu müssen, sowie seine ständige fast festhaltende Kontaktversicherung sprechen dafür, daß die Mutter für ihn zeitweise nicht mehr oder nur noch so schwer erreichbar war, daß er daran zweifelte, für sie noch zu existieren. Jedoch scheint er den Kontakt mit ihr nicht über einen längeren Zeitraum völlig verloren zu haben. Er vergewisserte sich in unserem Kontakt oft, ob ich ihm folgte, als ob ein Kontakt ohne Vergewisserungen und Festhalten nicht bestehen bliebe. Unterbrechungszeiten hatten in seinem unbewußten Erleben einen dramatischen, die Beziehung in ihrem Fortbestand bedrohenden Charakter; er füllte sie wiederholt wie in einer Reinszenierung mit Krankheiten und Krankenhausaufenthalten aus. Sein eigener Krankenhausaufenthalt im Kindesalter diente dafür als szenisches Vorbild, die Angst entstand aber auch aus der Figuration »Krankheit und Kontaktverlust«, die bei der Schwester zur endgültigen Trennung im Tod durch eine Infektionskrankheit geführt hatte. Situationen des Nichtverstehens seitens der Mutter führten ihn in der Kindheit in akute depressive Verstimmungen, in denen er in den Garten lief, um sich auszuweinen. Diese schmerzlichen Kontaktverluste belebten vermutlich die depressiven kleinkindlichen Verlustzustände affektiv wieder. Er war deswegen in der Analyse verzweifelt bemüht, den Kontakt mit mir nicht abreißen zu lassen wie damals mit der Mutter. Krankenseinweisung und Eiseinbruch verbildlichten die traumatischen früheren Störungen und Verluste des Kontakts aus dem ersten halben Lebensjahr und der Trauerzeit der Mutter.

Green (1983) hat in seinem Konzept der toten Mutter der affektiv stummen Mutter eine pathogenetische Funktion zugeschrieben, wenn das Kind sich bei einem plötzlichen Abzug der Besetzung seitens der Mutter mit ihrer Resonanzlosigkeit identifiziert und dadurch Leerstellen in seinen Beziehungsrepräsentanzen einrichtet. Für meinen Patienten ist die Existenz einer zeitweilig stummen Mutterrepräsentanz gut vorstellbar. Angesichts des Verlustes von vier nahen Angehörigen innerhalb eines Jahres erscheint es plausibel, daß die Mutter von einer verzehrenden Trauer erfüllt war, die sie für ihre verbliebenen drei Kinder zeitweise unerreichbar machte. Der Patient erwähnte wiederholt, daß die Mutter ähnliche depressive und unspezifische somatische Symptome aufwies wie er, was auf mögliche Zeiten des Rückzugs bei ihr und auf Identifikationen mit ihr hinweist.

Der Patient war zum Zeitpunkt der Todesfälle zwischen einem halben und eineinhalb Jahren alt, ein Alter, in dem Säuglinge entscheidende Schritte in der Entwicklung der Fähigkeit zur Mentalisierung tun (Fonagy et al. 2002, S. 153ff.). D. h. es wird in einem reziproken subtilen Austauschprozeß zwischen Kind und Mutter, den Fonagy et al. als das »soziale Bio-

feedbackmodell der mütterlichen Affektspiegelung« (S. 169) konzeptualisieren, eine neue Stufe des Verstehens, Zuschreibens und Reflektierens über eigene Zustände ausgebildet. In dieser Interaktion moduliert die Mutter kindliche Affekte v.a. durch Markierung, d. h. die prononcierte, übertriebene, nicht einfach identische Rückspiegelung eines kategorial gleichen Affekts, die zu einer »referentiellen Entkoppelung« (S. 185) zwischen der affektiven Rückreichung seitens der Mutter und dem affektiven Ursprungszustand des Kindes führt. Markierung und referentielle Entkoppelung ermöglichen dem Kind die Differenzierung zwischen dem eigenen und dem gespiegelten Affekt. Gleichzeitig werden erste Grundlagen einer Symbolisierungsfähigkeit gelegt, die eine selbstreflexive Distanzierung vom unmittelbaren affektiven Erleben erlaubt. Die Differenzierung zwischen markiertem und realistischem Ausdruck etabliert einen generalisierten Kommunikationskode. Die modulierende Affektspiegelung spielt aber nicht nur für die Affektintegration eine entscheidende Rolle, sondern auch in der existentiellen Selbstbestätigung des Kindes. Sie vermittelt ihm die »Erfahrung der kausalen Effektnanz« (S. 180), wenn es sich als aktiven Urheber eines emotionalen Zustands der Mutter, als signifikanten Anderen (Mead 1934) für sie erfährt.

In diesem Modell scheint mir der vermutete depressive Zustand der Mutter nach den familiären Todesfällen v.a. dreierlei bewirkt zu haben: a) eine kategorial inkongruente Spiegelung, weil die Mutter, beherrscht vom eigenen depressiven Affekt, affektive Anträge des Sohns anderer Qualität depressiv zurückspiegelte; b) das Ausbleiben der Markierung der rückgespiegelten Affekte, so daß die Differenzierungsfähigkeit zwischen eigenem und fremdem Affekt irritiert wurde; c) die Unterlassung der Rückspiegelung bei den vom eigenen Affektzustand zu differenten Affekten, so daß der Sohn die Erfahrung der kausalen Effektnanz, d. h. seiner Wirkung auf die Mutter, nicht machen konnte.

Zur Entstehung des depressiven Affekts in diesem Modell stelle ich Vermutungen an. Die kategorial inkongruente Spiegelung dürfte beim Patienten Zweifel für alle nicht-depressiven Affekte ausgelöst haben, so daß er ihren Ausdruck immer mehr zurücknahm, um die Dissonanz zwischen eigenem nicht-depressiven Affektangebot und depressiver Spiegelung zu reduzieren. Das führte zu einer allmählichen Hervorhebung depressiver Affekte. Die Unterlassung der Markierung dürfte es dem Patienten schwermacht haben, zwischen eigenem und mütterlichem Affekt zu unterscheiden, so daß er den depressiven mütterlichen Affekt zunehmend als seinen eigenen betrachtete. Aber nicht nur die Affektzuordnung, sondern die gesamte Selbst-/Objekt-Differenzierung dürfte erschwert worden

sein, eine Bedingung seiner in manchem symbiotisch engen, unseparierten Bindung an die Mutter. Schließlich unterband möglicherweise die Unterlassung der Rückspiegelung dem Patienten die Erfahrung seiner Wirkung auf die Mutter als Beweis seiner Existenz, die Negation seiner Affekte war wie die Negation seiner selbst.

Die Zweifel am Dasein erfuhren Verstärkung durch ein zweites Moment: seine Funktion als Ersatzobjekt für die verlorenen Objekte der Mutter. Fonagy et al. betonen, als wie mächtig Kleinkinder an sie herangetragene Auffassungen der Realität erleben, auch wenn diese spielerischer Natur sind, weil ein Als-ob-Modus des Umgangs mit Realität noch im Entstehen begriffen und irritierbar ist (S. 261ff.). Das betrifft auch die Entwicklung eines frühen Selbstkonzepts. Das Kind wird durch die wiederholten intentionalen Aktivitäten seiner Bezugspersonen dazu veranlaßt, sich deren Intentionen zuzuschreiben, damit ihr Verhalten einen Sinn erhält (S. 247). Wenn die Mutter des Patienten nach dem Tod der Tochter ihn sich z. T. bewußt, vielleicht aber mehr noch unbewußt als diese Tochter gewünscht hat, wird ihn diese mütterliche Intention vor einen Konflikt zwischen seinem empirischen Selbst und dem intentionalen Selbst gestellt haben. Sein unfertiges empirisches, auf die Realitätsprüfung gestütztes Selbst dürfte der Intention der Mutter als einer zentralen Instanz der Realitätsvermittlung noch wenig entgegenzusetzen gehabt haben, so daß es sich zeitweise zugunsten des intentionalen Selbst aufgab in der Hoffnung, eine kongruente Spiegelung durch die Mutter und die notwenige Bestätigung zu erhalten. Diese temporäre Selbstaufgabe besaß vermutlich die psychische Qualität einer frühen Depersonalisation (Federn 1956, S. 228ff.).

Er erbat nicht nur oft Rückmeldungen von mir, sondern gab selbst gern die Anerkennung, die er sich wünschte. Wenn ich z. B. eine Deutung mit Kindheitserinnerungen verband, war er voll dankbarer Anerkennung: »Daß Sie das noch wissen!« Einmal fragte er, ob ich mich bei allen Patienten so gut erinnern könne und wie es mir gelinge, die Informationen der verschiedenen Patienten auseinanderzuhalten. Ich antwortete, ich würde mich auf meine Einfälle verlassen. Er habe anscheinend Zweifel, ob man sich dabei immer an den richtigen Patienten erinnere, vielleicht, weil er in der Familie manchmal das Gefühl gehabt habe, nicht richtig gesehen zu werden, sondern hinter der Schwester zu verschwinden. So hatte er es tatsächlich öfter empfunden.

Einige klinische psychoanalytische Konzepte wie Bions Modell des mütterlichen Containments (Bion 1962a, 1962b), Winnicotts Modell der holding function (Winnicott 1965) und der mütterlichen Spiegelfunktion (Winnicott 1967), das in Verbindung mit dem Konzept des potentiellen

Raums für ein Verständnis der Mentalisierungsfunktion herangezogen worden ist (Bram u. Gabbard 2001), sowie Kohuts Modell der mütterlichen Spiegelungsfunktion (Kohut 1971) enthalten bereits Hypothesen zur Intersubjektivität zwischen Mutter und Kind, wie sie mit Hilfe der entwicklungspsychologischen Überlegungen zur Spiegelfunktion der Mutter genauer beschreibbar werden.

Je mehr der Patient seine Zweifel am eigenen Dasein während der Behandlung durch eine wachsende Gewißheit seiner selbst überwand, desto mehr Unabhängigkeit von der verinnerlichten Mutterrepräsentanz konnte er erringen, er blieb allerdings dem von der Mutter gegebenen Muster, wie er es nannte, lange verhaftet. Dieses Muster einer strengen, fordernden, sich der Sexualität enthaltenden, lustbetonten Aktivitäten entsagenden, ihre Pflichten erfüllenden, aber nur bedingt liebenden Frau hatte sein Leben begleitet. In der Studienzeit und als junger Hochschulassistent hatte er mit sexuellen Affären und einer libertären ersten Ehe gegen dieses asketische Ideal revoltiert, es in seinem beruflichen Ehrgeiz und strengen Arbeiten aber weiterverfolgt. In der Wahl der zweiten Ehefrau war er dem mütterlichen Muster erneut gefolgt. Einige Zeit nach der Trennung hatte er sich mit einer weniger verbotenden und versagenden, aber von hohen Idealen erfüllten Frau angefreundet. Sie verband sich für ihn mit einem Ich-Ideal, während die Ehefrau in stärkerem Maße überichthafte Züge besaß. Beide Frauen gemeinsam schienen so die strengen, sowohl verbietenden wie idealsetzenden Anforderungen einer mütterlichen Objektrepräsentanz zu vertreten und am Leben zu erhalten. Ihre unbewußte Gleichsetzung mit der Mutter machte seine bereits während der letzten Ehejahre aufgetretene sexuelle Hemmung als Vermeidung des unbewußt phantasierten Inzests verstehbar.

Mit der Ablösung von der Mutter vergrößerte er auch die Entfernung von diesen beiden Frauen. Im letzten Jahr der Analyse trennte er sich von der Freundin, mit der Ehefrau wagte er häufiger Konfrontationen, er überlegte die Scheidung von ihr und erlebte mit einer neuen Frau eine Episode der Verliebtheit, wie eine Distanzierung von der mütterlichen Askese.

Die Lösung von den strengen und strafenden weiblich-mütterlichen Objekten war nicht leicht. Er benötigte sie zur Entlastung von einem narzisstischen Konflikt. Seine z. T. sadistischen Über-Ich-Forderungen beruhten auf Identifikationen mit dem strengen mütterlichen Über-Ich, aber ebenso auf hochfliegenden Idealsetzungen. Das unvermeidliche Scheitern an den Vorgaben des Ich-Ideals erlebte er als bohrende narzisstische Kränkung, von der er sich aber durch eine überichthafte Selbstverurteilung z. T. entlasten konnte, weil er sie mit einem äußeren Objekt verknüpfte, der

Mutter oder Ehefrau. So konnte er den narzißtischen Konflikt in einen scheinbar interpersonellen umarbeiten und externalisieren. Aber Vorhaltungen von Mutter und Ehefrau, die er unbewußt als Extensionen seines Über-Ichs betrachtete, war er nun nahezu wehrlos ausgesetzt. Seine Suizidimpulse waren auch Mordimpulse gegen diese halb als Introjekte, halb als Extrojekte betrachteten Repräsentationen.

Seine strenge Verzichtshaltung beruhte nicht nur auf der Identifikation mit der asketischen Mutter, sondern auch auf der Perpetuierung einer Haltung maximaler Selbstbescheidung aus der Zeit der mütterlichen Trauer. Er identifizierte sich mit einem frühen Selbstzustand von Entbehrung und Bescheidung. Das galt insbesondere jeder aggressiven Strebung, weil er in der frühen Zeit die tief getroffene Mutter vor ihr bewahren mußte. Jede ichsyntone Aggression blieb ihm versagt. Er konnte Aggression nur an das Introjekt im Über-Ich binden, von wo aus sie als Gegenbesetzung gegen jede aggressive Äußerung des Ichs wirkte. Die resultierende allgemeine aggressive Blockierung devitalisierte viele Bereiche: Kontakte, Sexualität, lustvolle Motorik.

Die allgemeine Strenge des Über-Ichs bei Depressionen scheint mir am ehesten verstehbar, wenn sie als frühe Identifikation mit einem emotional kargen und versagenden Objekt ebenso wie mit einem emotional entbehnungsreichen Selbstzustand aufgefaßt wird – eine Einregulierung auf emotionalen Mangel und Verzicht als Schutz vor Enttäuschung mit einer sekundären Idealisierung der Entbehrung. Die geringe Beeinflußbarkeit der Strenge des Über-Ichs bei Depressionen scheint nicht nur eine Beziehungserfahrung zu repräsentieren, sondern auf dieser doppelten Identifikation zu beruhen. Die Annahme der Identifikation mit einem Selbstzustand macht auch die Neigung zum narzißtischen Rückzug in Depressionen verständlicher.

Vatersehnsucht

Trotz der Trauerzeiten der Mutter erkannte er ihre große Leistung an, alleine in Kriegszeiten die Familie erhalten und den Söhnen zu erfolgreichen beruflichen Laufbahnen verholfen zu haben. Das Fehlen des Vaters jedoch hatte sie nicht ausgleichen können. Aber die Tatsache, daß der Vater ihn als Säugling einmal gesehen hatte, war enorm wichtig, fast wie eine Taufe als Ritual des Lebensintritts.

Die Sehnsucht nach einem schützenden, akzeptierenden, unterstützenden Vater hatte sein Leben durchzogen, sie erschien auch in der Analyse. Bereits in den ersten Wochen der Analyse erinnerte er sich schmerzlich an

die Transporte am Kriegsende und an das Auftauchen von Soldaten im neuen Ort, bei denen er sich ohnmächtig männlicher Gewalt ausgeliefert gefühlt hatte. Aber er fand auch einen ersten Ersatzvater, einen ehemaligen deutschen Soldaten, der mit häufigen Besuchen seine Zuneigung zur Mutter offenbarte. Zu seinem Bedauern hatte die Mutter ihn und damit auch die Verstetigung der von ihm ausgehenden Beruhigung abgewiesen. Offenbar fragte er mit dieser Erzählung auch mich, welchen Schutz ich ihm bieten könne: er tat es vor einer ihn ängstigenden kardiologischen Untersuchung.

Weil die Mutter gut vom Vater gesprochen hatte, konnte er Gutes von einem Vater erwarten. Im Studium hatte er in seinem Doktorvater eine gewogene und unterstützende männliche Figur gefunden, deren Anerkennung ihn beflügelte und vieles zu seiner erfolgreichen Karriere beigetragen hatte. Er war unsicher, wie er selbst als Vater sein könnte. In der ersten Ehe hatte er sich getrennt und seine Tochter ohne Vater aufwachsen lassen, wie er es erlebt hatte. In der zweiten Ehe sollte alles besser werden, er übernahm viele Aufgaben in der Familie. Aber als er auszog, blieben die Kinder bei seiner Frau; wieder schien er der abwesende Vater geworden zu sein.

Seine Vatersehnsucht beinhaltete zweierlei: einen Vater zu haben und ein Vater zu sein. Beide Sehnsüchte trug er in die Analyse. Die nach einem beruhigenden und schützenden Vater verband sich in besonderer Weise mit seinen körperbezogenen Ängsten und Beschwerden. Er fragte mich als Arzt nach ihrer Bedeutung und bedrängte mich um Auskünfte. Ich konnte nicht umhin, ihm einige Aufklärungen zu geben, v.a. als er mit fraglichen neurologischen Symptomen in eine diagnostisch-apparative Maschinerie geraten war. Erst ein besonnener Neurochirurg riet ihm von einer geplanten, wahrscheinlich wirkungslosen, aber risikoreichen Operation ab. Offensichtlich verkörperten Krankheiten, Krankenhäuser und Ärzte das Bedrohliche, dem er alleine ausgesetzt war, das die Mutter nicht fernhalten konnte und zu dessen Bannung er einen Vater gebraucht hätte. Ich übernahm diese Rolle (Sandler 1976) anfangs unvermerkt, wir sprachen über seine körperlichen Beschwerden, mögliche somatische Ursachen und sinnvolle Untersuchungen.

Er suchte meine Beruhigung auch in den Inszenierungen des spielerischen Vaternorms, den er mit dem realen Vater nicht hatte durchspielen können. In seinem Arbeitsbereich hatte er die offene Austragung der latenten Rivalitäten und Konflikte so weit wie möglich vermieden. Nach etwa zwei Jahren in der Analyse vermied er sie weniger. Jetzt suchte er meine Genehmigung, weil er die Wirkung seiner Aggression nicht einschätzen konnte, und die Bestätigung meiner fortbestehenden Gelassenheit, weil er

destruktive Reaktionen eines männlich-väterlichen Objektes befürchtete. Unbewußt dehnte er die Rivalität auf mich aus. Er begann, sich für meine Veröffentlichungen zu interessieren. Dann brachte er eigene Arbeiten mit, wie um zu zeigen, was zu leisten er imstande war. In einem Traum in dieser Zeit geriet er in eine Rivalitätssituation mit dem älteren Bruder um seine Freundin.

Daß ich sein Rivalisieren unbeschadet und ohne Gegenattacke überstand, ließ ihn seine Aggression in eine selbstbewußte und entdramatisierte Väterlichkeit integrieren. Er fand eine klarere Position gegenüber seiner Frau, konnte die Kinder in verschiedenen Konflikten unterstützen und seinen Arbeitskollegen Führungsstärke vermitteln, so daß sie ihm die Übernahme einer übergeordneten Leitungsfunktion vorschlugen. Er berichtete jetzt häufiger von seiner Anleitung und Unterstützung für jüngere Kollegen. Als er, wie öfter, den Wunsch nach einer Diskussion mit mir anstelle der Analyse ansprach, spürte ich tatsächlich ein Bedauern ob der Unmöglichkeit, weil ich mir vorstellte, von seiner Erfahrung profitieren zu können. Offensichtlich war seine Fähigkeit, ein guter Vater zu sein, auch in die Übertragung gelangt.

Die Symptomatik

Im Verlauf der Behandlung stellte sich entgegen der ersten Darstellung eine lange Symptomgeschichte heraus. Depressive Verstimmungen bestanden in seiner Erinnerung seit der Grundschulzeit, nach meiner Vermutung seit der Zeit der mütterlichen Trauer in seiner frühen Kindheit. In den Anfangszeiten seiner zweiten Ehe hatte er auch Suizidgedanken gehegt. Bereits fünf bis acht Jahre vor der Trennung hatten körperliche Mißempfindungen und sexuelle Beeinträchtigungen eingesetzt.

In der Behandlung traten die Suizidgedanken nach etwa einem Vierteljahr zurück. Der regelmäßige Kontakt mit mir hatte sein verzweifelteres Gefühl von Verlassenheit, Leere und Sinnlosigkeit gemildert, ich wurde in der Übertragung die erreichbare und versorgende Mutter sowie der erwünschte Vater. Während der gesamten Behandlungszeit beschäftigten ihn die depressiven, somatoformen und sexuellen Symptome, wechselweise in den Vordergrund tretend. Für die körperlichen Beeinträchtigungen blieb er von einer organischen Verursachung überzeugt.

Ziemlich genau ein Jahr nach Beginn der Analyse wurde bei ihm eine nicht sehr ernste, aber operationsbedürftige Veränderung entdeckt. Während einer Unterbrechung der Analyse suchte er zur Operation ein Krankenhaus auf. Die assoziative Verbindung mit dem kleinkindlichen Kran-

kenhausaufenthalt im Alter von drei Jahren machte mich besorgt, er könne sich verlassen und verzweifelt wie damals fühlen. Er war aber erst nach der Rückkehr in seine Wohnung depressiv geworden. Dort hatte ein unangenehmes äußeres Ereignis zu einer Besserung geführt: ein Heizkörper war durchgerostet und ausgelaufen. Ich deutete die Besserung als Ergebnis der Erfüllung einer latenten Straferwartung wegen eines unbewußten Schuldgefühls, das ihn nun zumindest vorerst nicht mehr quälen müsse, da die vermutete Schuld mit der Heizungsmalaise bezahlt sei. Ihm fielen zu den Schuldgefühlen sofort Mutter und Ehefrau ein.

Die folgende symptomfreie Phase war mit einem dreiwöchigen Auslandsaufenthalt gut, z. T. begeisternd verlaufen. Ein vorwurfsgespicktes Treffen mit der Ehefrau beendete sie. Wieder quälten ihn depressive Stimmungen, körperliche Beschwerden und Schuldgefühle. Der Ablauf wiederholte sich in der Analyse: ein unbewußtes Bedürfnis nach strafender Beurteilung hatte er an die Ehefrau delegiert, die mit ihrer Strenge in diese Erwartung eintrat.

Sein Changieren zwischen den Symptomen wurde am Ende des zweiten Analysejahres bedrohlich, als er, seit einigen Monaten frei von ernsthaften depressiven Abstürzen, körperliche Beschwerden mit subjektiv empfundenen Sensibilitätsstörungen entwickelte. Eine breite apparative Diagnostik unter Einschaltung mehrerer Fachärzte führte zur Empfehlung einer zweifelhaften Operation. Erst der beauftragte Neurochirurg riet davon ab.

Seinen Gang zu anderen Ärzten empfand ich als Zweifel an der analytischen Behandlung. Dann fiel mir die Parallele zu seinem Umgang mit Ehefrau und Freundin auf – auch eine Variante der Doppelung; je mehr die Freundin ihn umwarb, desto mehr betonte er seine Impotenz und seine Gedanken an die Ehefrau, offenbar eine Methode, sich die Freundin fernzuhalten. Einer solchen psychischen Verursachung wollte er nicht zustimmen, mußte aber eingestehen, daß er Angst vor einer intensiven Beziehung habe, weil er dann wieder verletzt werden könne. Die körperlichen Symptome brauchte er weiterhin zur Distanzierung mir gegenüber.

Wir faßten das Ende der Analyse ins Auge. In einem Urlaub sechs Wochen vor dem vereinbarten Schlußtermin wurde er von einer dramatischen Symptomatik mit starken Gleichgewichtsstörungen, Schwindelanfällen, heftigen Kopfschmerzen und einer Amnesie überfallen. Eine stationäre Untersuchung am Urlaubsort hatte nichts erbracht. Die Symptome waren innerhalb einer Woche abgeklungen. Eine stationäre neurologische Abklärung am Heimatort erbrachte ebenfalls keinen ernsthaften pathologischen Befund. Aber er fühlte sich von Krankheit und Verlassenheit be-

droht und wünschte, die Analyse fortzusetzen, worauf wir uns auch einigten. Jetzt diene die körperliche Symptomatik zur Aufrechterhaltung der Nähe und Verbindung mit mir.

Bald danach ging es ihm erstaunlich gut. Er konnte lange Arbeitstage symptomfrei durchstehen. In einem Urlaub hatte er sich verliebt. Seine sexuelle Störung, das letzte bis zu diesem Zeitpunkt überdauernde Symptom, war nicht aufgetreten. Offenbar konnte er auf die Symptome als Ausdruck von Selbstbestrafung, Hilfsbedürftigkeit, Verlassenheitsängsten und narzißtischer Verletztheit verzichten.

Katamnestiche Informationen

Der Patient suchte mich nach Beendigung der Behandlung wiederholt auf, zum ersten Mal nach einem Jahr, zum letzten Mal vier Jahre nach der Beendigung. Jedes Mal führten ihn Situationen der beruflichen Überlastung aus überhöhten Anforderungen an sich zu mir, für die er meistens in ein oder zwei Gesprächen eine hinreichende Entlastung fand. Ich hatte aber auch den Eindruck, daß seine Besuche zusätzlich der Vergewisserung dienten, daß ich mich seiner noch erinnerte. Er war froh und voll Anerkennung dafür, daß ich Details aus seiner Geschichte erinnerte und mit seinen jeweiligen aktuellen Nöten verbinden konnte. Das bewies ihm, daß er für mich noch existierte.

Schlußbemerkungen

Biografische und klinische Daten sprechen dafür, daß der Patient bereits am Übergang vom ersten zum zweiten Lebensjahr eine Depression erlebt hat. Im Verlaufe der Kindheit traten weitere depressive Zustände auf. Unter den klinischen Konzepten der Psychoanalyse zur Depression scheint das Konzept der toten Mutter von Green für diesen Patienten eine hohe Plausibilität zu besitzen. Ich habe aber versucht, für das Verständnis der kindlichen Depression als dem Ausgangspunkt und Vorbild der späteren depressiven Verstimmungszustände das »soziale Biofeedbackmodell der mütterlichen Affektspiegelung« (Fonagy et al. 2002) zu nutzen.

Das Modell der versiegten Affektspiegelung korrespondierte hervorragend mit meiner Gegenübertragung. Ich spürte bei ihm ausgeprägte Bedürfnisse nach Kontakt, fortbestehender Verbindung und existenzieller Anerkennung bei gleichzeitiger Angst davor, abgelehnt oder gar nicht erst wahrgenommen zu werden, ein Konflikt, wie er zeitweise die Beziehung

zur Mutter bestimmt hatte. Die vornehmliche therapeutische Aufgabe war daher, die übertragenen Zweifel des Patienten, daß er für den Analytiker als signifikanter Anderer existiere, zu überwinden.

Anschrift des Verf.: Prof. Dr. Georg Bruns, Schubertstr. 54, D-28209 Bremen.
E-Mail: gj.bruns@t-online.de

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, K. (1912): Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. Ges. Schriften, Bd. 1. Frankfurt/M. (Fischer) 1982, 146–162.
- (1924): Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. Ges. Schriften, Bd. 2. Frankfurt/M. (Fischer) 1982, 32–102.
- Bibring, E. (1952): Das Problem der Depression. *Psyche – Z Psychanal* 6, 81–101.
- Bion, W.R. (1962a): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1992.
- (1962b): Eine Theorie des Denkens. In: E. Bott Spillius (Hg.): *Melanie Klein heute*, Bd. 1. München, Wien (VIP) 1990, 225–235.
- Blatt, S.J. (1998): Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *J Am Psychoanal Ass* 46, 723–752.
- Bowlby, J. (1961): Processes of mourning. *Int J Psychoanal* 42, 317–340.
- (1973): Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt/M. (Fischer) 1983.
- Bram, A.D., u. G.O. Gabbard (2001): Potential space and reflective functioning. *Int J Psychoanal* 82, 685–699.
- Bruns, G. (1991): Die Fähigkeit zum Abschied. Frühkindliche Separation als Modell der Überwindung von Trauer, Depression und Psychose. *Jb Psychoanal* 28, 71–105.
- De Masi, F. (2000): Das Unbewußte und die Psychosen. Einige Überlegungen zur psychoanalytischen Theorie der Psychosen. *Psyche – Z Psychanal* 57, 2003, 1–34.
- Federn, P. (1956): *Ichpsychologie und die Psychosen*. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1978.
- Fenichel, O. (1945): *Psychoanalytische Neurosenlehre*, Bd. 2. Olten (Walter) 1975.
- Fonagy, P., G. Gergely, E.L. Jurist u. M. Target (2002): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart (Klett-Cotta) 2004.
- Freud, S. (1916–17g): Trauer und Melancholie. *GW X*, 427–446.
- Green, A. (1983): Die tote Mutter. *Psyche – Z Psychanal* 47, 1993, 205–240.
- Jacobson, E. (1943): Depression – The oedipus conflict in the development of depressive mechanisms. *Psychoanal Quart* 12, 541–560.
- (1954): Transference problems in the psychoanalytic treatment of severely depressive patients. *J Am Psychoanal Ass* 2, 595–606.
- (1971): Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1977.
- Klein, M. (1935): Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. *Psyche – Z Psychanal* 14, 1960, 256–283.
- Kohut, H. (1971): Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1973.
- May, U. (2001): Abraham's discovery of the »Bad Mother«. A contribution to the history of the theory of depression. *Int J Psychoanal* 82, 283–305.
- Mead, G.H. (1934): *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1968.
- Neri, C. (2005): What is the function of faith and trust in psychoanalysis? *Int J Psychoanal* 86, 79–97.
- Radó, S. (1927): Das Problem der Melancholie. *Int Z Psychoanal* 13, 439–455.

- Sandler, J. (1976): Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche – Z Psychanal* 30, 297–305.
- , u. W.G. Joffe (1965): Zur Depression des Kindesalters. *Psyche – Z Psychanal* 34, 1980, 413–429.
- Schüßler, G. (2002): Aktuelle Konzeption des Unbewußten – Empirische Ergebnisse der Neurobiologie, Kognitionswissenschaften, Sozialpsychologie und Emotionsforschung. *Z Psychosom Med Psych* 48, 192–214.
- Spitz, R.A. (1965): Vom Säugling zum Kleinkind. *Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr*. Stuttgart (Klett) 1969.
- Will, H., Y. Grabenstedt, G. Völkl u. G. Banck (2000): *Depression. Psychodynamik und Therapie*. Stuttgart/Berlin/Köln (Kohlhammer).
- Winnicott, D.W. (1965): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt/M.(Fischer) 1984.
- (1967): Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart (Klett-Cotta) 1979, 128–135.

Summary

Existential doubt. From the treatment of a depressive patient. – The article describes the psychoanalytic treatment of a male patient with neurotic depression. The depression dates back to childhood and was exacerbated in adulthood by a separation and the conflict that went with it. In the course of analysis the etiological background emerges more clearly, showing up as a constellation of the kind described by André Green in connection with the concept of the dead mother, and made more severe by the gap left by the early death of the father. However, the author does not base his understanding and reconstruction of the early relationship between the patient and his mother solely on this clinical concept. In addition, he draws substantially on an interaction model taken from developmental psychology. The concept of »maternal affect mirroring« (Fonagy et al. 2002) refers to a relationship in which the mother withholds important affective responses confirming a small boy's existence and identity at a vulnerable stage in his development. This leads to ongoing, latent existential doubt that is readily aroused in later life. In analysis, this doubt manifests itself as a hunger for contact and confirmation. Somatic symptoms play a dual role: on the one hand, they demand care and attention from doctors, on the other they are an unconscious recapitulation of experiences of illness-conditioned abandonment in early childhood. In a course of treatment extending over a number of years, the patient was able to gradually overcome his symptoms and to establish a more mature and stable form of self/object differentiation.

Keywords: neurotic depression, depressive mother, maternal affect mirroring, absent father, long-term psychoanalytic treatment for depression

Résumé

Doutes existentiels. Présentation de la thérapie d'un patient dépressif. – L'auteur présente la psychothérapie analytique d'un patient souffrant d'une dépression névrotique. Les états dépressifs remontent à l'enfance, mais ils se sont aggravés à l'âge

adulte lors d'un conflit de séparation. Au cours de l'analyse une constellation, telle que décrite par André Green à l'aide du concept de la mère morte, encore accentuée par l'absence du père, très tôt décédé, se dégage comme fond étiologique. L'auteur comprend toutefois, par reconstruction, la relation précoce entre le patient et sa mère, non seulement en recourant à ce concept clinique, mais aussi à l'aide d'un modèle interactionnel, issu de la psychologie du développement, de la réflexion des affects maternels, c'est-à-dire comme une relation dans laquelle le petit garçon, dans une phase de vulnérabilité du développement, a été privé de réponses affectives de la mère, réponses importantes pour confirmer son existence et son identité. De ce fait sont nés des doutes latents et persistants concernant sa propre existence, qui peuvent être réveillés facilement dans la vie ultérieure. Dans l'analyse, ces doutes se manifestent à travers une soif de contact et de confirmation de son existence. Des symptômes somatoformes provoquent, d'un côté, une attention médicale pleine de sollicitude alors que, de l'autre, ils récapitulent de manière inconsciente les expériences d'abandon, vécues pendant la petite enfance et qui sont liées à une maladie. Au cours d'une thérapie de plusieurs années, le patient arrive peu à peu à surmonter les symptômes et à établir une différenciation entre le *self* et l'objet, plus mûre et plus stable.

Mots clés: dépression névrotique, mère dépressive, réflexion des affects maternels, absence du père, psychothérapie analytique de longue durée d'une dépression