

4.2. *Psychoanalytische Behandlung einer chronisch Depressiven* (Marianne Leuzinger-Bohleber)

Der folgende Bericht basiert auf einer psychoanalytischen Behandlung (3 Stunden pro Woche, bisher 110 Sitzungen in 17 Monaten), die noch nicht abgeschlossen ist.

a) Erster Eindruck der Patientin und Behandlungsmotivation

Die 24-jährige Patientin wurde durch eine Neurologin an die Ambulanz des Sigmund-Freud-Instituts bzw. die LAC-Depressionsstudie verwiesen. Seit einem völligen psychischen Zusammenbruch vor drei Jahren leidet sie unter schweren Depressionen. Sie hat ihr Studium abgebrochen und verbringt die Tage meist zurückgezogen, allein, ist häufig krank, hat Magen-Darm-Probleme und Rückenschmerzen. Vermutlich hat sie in den letzten Jahren stark zugenommen: sie ist übergewichtig. Sie leidet unter starken Schlafstörungen, Versagensängsten, Suizidgedanken und dem Gefühl, sie habe den Grund in sich verloren.

Ein Auslöser für den Zusammenbruch war ein Konflikt mit ihrem WG-Mitbewohner, mit dem sie vorher ein enges, nichtsexuelles Verhältnis hatte. »Ich war immer für ihn da ... Als es mir nun aber selber schlecht ging, zeigte sich, wie egoistisch er ist. Er kümmerte sich nicht um mich, sondern verließ die WG und hinterging mich zudem finanziell ...« – Sie

lebt nun wieder mit ihrer schizophrenen Mutter zusammen in einem Haus, kocht und sorgt für die Mutter und ist arbeitslos. Sie ist sozial isoliert, hat nur noch einige wenige Freunde. Zur Zeit der Abklärung nahm sie Schlafmittel und Antidepressiva.

Im Erstgespräch spricht Frau B. ununterbrochen, doch ohne jede Affektmodulation in ihrer Stimme. In meiner Gegenübertragung breiten sich mehr und mehr depressive Gefühle aus: Ich kämpfe innerlich gegen Müdigkeit, Zweifel, ob ich Frau B. emotional überhaupt erreichen könnte, und versinke selbst in einer inneren Hilflosigkeit und Leere. Als ich gegen Ende des Interviews eine Parallele vom plötzlichen Verlust des Mitbewohners zu ihrem Vater ziehe, den sie als Siebenjährige tot im Keller aufgefunden hatte, erstaunt mich ihre unmittelbare emotionale Reaktion: Sie unterbricht ihren Redefluss, schaut mich betroffen an und beginnt zu weinen: »Das habe ich noch nie überlegt ...« Sie selbst scheint erstaunt über ihr Weinen: »Ich habe als Kind nie geweint. Erst als mich meine Tante zum ersten Mal als Achtzehnjährige zum Grab meines Vaters führte, wurde ich plötzlich vom Heulen überrumpelt.« In dieser Sequenz des Interviews finde ich den emotionalen Zugang zu Frau B. und kann mir vorstellen, mit ihr zu arbeiten. Sie möchte explizit eine mehrstündige Psychoanalyse und ist hoch motiviert für die Behandlung.

b) Zum Behandlungsverlauf

In den ersten Monaten beginnt Frau B. meist schon an der Tür, wenn ich sie abhole, zu sprechen und setzt dies auf der Couch fort. Auf diese Weise scheint sie unsere Interaktion fast vollständig zu kontrollieren. Oft erzählt sie von Alltagssituationen oder von den vielen körperlichen Symptomen, die sie quälen. Sie kann nur mit Hilfe von Medikamenten schlafen und verbringt die Tage meist im Bett, bis sie gegen Abend zu unseren Sitzungen kommt. Es wird deutlich, wie einsam sie ist. Sie lebt zwar mit ihrer Mutter in der gleichen Wohnung, doch treffen sich die beiden fast nur zu den Abendmahlzeiten. Die Mutter lebt abgekapselt in ihrer Welt und scheint die Patientin kaum wahrzunehmen. Sie verleugnet den Tod ihres Mannes immer noch und sagt, er sei auf einer Reise in Südamerika.

Daher denke ich in diesen Sitzungen oft, dass ich die einzige Person am Tag bin, die ihr zuhört. Zuweilen fühle ich mich wie der Vater eines Kleinkindes, der nach der Arbeit sein Töchterchen auf den Schoß nimmt, es hält und wärmt und seinen Alltags-Kindergeschichten aufmerksam zuhört.

Zur Lebensgeschichte erfahre ich sukzessiv Folgendes:

Schon vor dem Tod des Vaters war den Kindern und Verwandten aufgefallen, dass sich ihre Mutter »zunehmend seltsam verhielt, was sich z. B. darin äußerte, dass sie zu einem eleganten Kostüm Turnschuhe trug oder uns Kinder partout nicht mehr Rad fahren oder bestimmte Lebensmittel essen ließ. Sie ging bestimmten Personen aus dem Weg, mit der Begründung, es seien Doppelgänger, die etwas Böses wollten« (Lebenslauf der Patientin). Es stellte sich heraus, dass sie an »einer Form der Schizophrenie, ausgelöst durch die Menopause« (Pat.) leidet. Der Vater der Patientin brachte sie in eine psychiatrische Klinik; doch entließ sich die Mutter nach ein paar Tagen selbst. Sie weigert sich bis heute, Medikamente zu nehmen, und lebt ein »merkwürdiges, eingeschränktes Leben«.

Als der Vater kurz danach starb, führten die Verwandten das merkwürdige Verhalten der Mutter auf einen Schock zurück, kümmerten sich aber kaum um sie oder die Kinder. »Wir Kinder wurden quasi an dem Abend, an dem wir unseren Vater im Keller tot auffanden, erwachsen und lernten, wie Erwachsene zu funktionieren« (Pat.). Sie übernahmen die häuslichen Aufgaben, wie Einkaufen, Essenkochen, aber auch die Verwaltung der Mietwohnungen, die offenbar eine der Lebensgrundlagen der Familie bilden. Beide Kinder hatten einen auffallenden Wachstumsschub: die Patientin bekam schon ein Jahr nach dem Tod des Vaters, mit acht Jahren, ihre erste Menstruation. Sie war immer die Größte in ihrer Klasse, zeigte gute Schulleistungen und kam auf ein renommiertes Gymnasium. Mir schien immer wieder kaum glaubhaft, dass niemand in der Schule von den häuslichen Belastungen wusste. Später stellte sich heraus, dass die Kinder die Angst der Mutter teilten, sie würden in ein Heim gesteckt, falls jemand die mütterliche Krankheit entdeckte.

Die Schwester zog sofort nach dem Abitur aus und überließ der Patientin und einem Notar die Betreuung der Mutter. Zwar zog auch die Patientin nach dem Abitur in eine WG, doch kümmerte sie sich weiterhin täglich um die Mutter.

Die enorme psychische Leistung der Patientin, unter diesen Umständen ihre Schulzeit erfolgreich zu bewältigen, verstehen wir u. a. vor dem Hintergrund ihrer guten frühen Objektbeziehungen. Auftauchende Erinnerungen an heitere, humorvolle Szenen mit ihrem Vater ließen uns vermuten, dass sie eine gute Beziehung zu ihm, und vermutlich auch zu der damals psychisch noch nicht so schwer kranken Mutter, hatte und ein vitales Kleinkind war. Die Eltern seien in ihren ersten Ehejahren viel geist und hätten eine gute Beziehung gehabt.

Die gute frühe Vater- (und Mutter-?) Beziehung wurde vermutlich in der Anfangsphase der Psychoanalyse in der Übertragung reaktiviert,

sodass sich eine Art »rasche Übertragungsheilung« vollzog: Schon nach zwei Monaten geht Frau B. vermehrt aus ihrer Wohnung heraus und übernimmt einen stundenweisen Job. In den Sitzungen rückt nun ihre reale Lebenssituation immer mehr ins Zentrum. Es wird deutlich, dass sie ihr Studienfach (bewusst) »mehr oder weniger zufällig« ausgewählt hatte, vor allem, weil es an einem kleinen Institut angeboten wurde und ihr (unbewusst) die Fortsetzung ihrer Gymnasialzeit zu versprechen schien. Sukzessiv kann Frau B. erzählen, wie verloren sie sich im Studium fühlte, keinen Bezug zum Fach, den Kommilitonen und den Professoren fand und nicht damit zurechtkam, dass nun »keine klaren Aufgaben an mich gestellt wurden, die ich wie in der Schule erledigen konnte«. Immer wieder geht es darum, dass sie nicht entscheiden kann, ob sie überhaupt wieder studieren soll und, falls ja, welches Studienfach. Mit scheint es wichtig, sie, wie dies von Psychoanalysen mit traumatisierten Spätadoleszenten beschrieben wird, als spiegelndes, empathisches Objekt bei diesem Identitätsfindungsprozess zu begleiten und ihr einen Zugang zu ihrem eigenen, oft kaum entwickelten Kernselbstgefühl zu eröffnen, einem Kernselbstgefühl, das schließlich als innerer Ankerpunkt bei der Identitätsfindung dienen kann (vgl. u. a. Bohleber 1992, 2010).

Gleichzeitig wird verstehbar, dass Frau B. jahrelang in einem dissoziativen Zustand lebte und »nie so richtig in der Wirklichkeit anwesend war«. Daher versuche ich in vielen psychoanalytischen Sitzungen, die Funktion der Dissoziation anzusprechen – als Schutz vor unerträglicher Verzweiflung und Trauer. Schließlich, nach 6 Monaten Behandlung, kann Frau B. erstmals heftig über den traumatischen Verlust ihres Vaters auf der Couch weinen. Danach wird es eher möglich, ihre aktuellen Gefühle in der analytischen Situation zu spüren, anzusprechen, zu verstehen und als innere Orientierungsmatrix zu nutzen. Immer wieder schildert Frau B., wie verunsichernd diese Prozesse für sie sind und wie verletztlich sie sich fühlt, »wie ein Einsiedlerkrebs, wenn er sich aus seinem Gehäuse hinauswagt ...«.

Der Einsiedlerkrebs wird zu einer Metapher in der Behandlung: Immer wieder zeigt sich auf erschütternde Weise, welch ein einsames Grundschulkind Frau B. gewesen war. Auch in der Adoleszenz fand sie keinen tieferen Kontakt, auch nicht zu ihren »Freundinnen«. Erst jetzt beginnt sie zaghaft, einigen Freundinnen von ihrer traumatischen Lebensgeschichte zu erzählen.

Nach vielem Hin und Her entscheidet sich Frau B. nach neun Monaten Behandlung, ihr Studium wieder aufzunehmen, aber nicht als Magisterstudentin wie vor fünf Jahren, sondern als Absolventin eines Bachelorstu-

diengangs. Viele der damit verbundenen Kränkungen und Ängste werden thematisiert, doch versteht Frau B. auch sukzessiv, dass die Struktur eines BA-Studiengangs für sie – nach über vier Jahren Unterbruch des Studiums – eine Hilfe sein könnte. Immer wieder taucht in der Psychoanalyse die Angst der Patientin auf, ich wolle sie in eine bestimmte Richtung drängen und brauchte es für mein eigenes narzisstisches Selbstwertgefühl, dass sie bald wieder gesund und leistungsfähig ist. »Ist es nicht verständlich, dass Sie nach wie vor erwarten, dass Sie gesund, stark und leistungsfähig sein müssen – auch hier? Sie haben dies ja jahrelang erlebt. Das ›Starksein‹ und ›Nichts-Fühlen‹ war doch eine wichtige Überlebensstrategie über viele Jahre, bis es nicht mehr ging, und Ihr Selbst erschöpft zusammenbrach.« Wir verstehen ihren Zusammenbruch als Notruf der Seele, dass irgendjemand endlich die seelische Verzweiflung von Frau B. wahrnehmen und ihr helfen sollte, sowie, allerdings sehr vorsichtig, als eine Verweigerung, einen Protest gegen die jahrelange Überforderung und Einsamkeit und damit auch als eine Chance, endlich eine eigene, von der Mutter unabhängige Selbst- und Identitätsentwicklung zu durchlaufen.

Die Wiederaufnahme des Studiums ist mit vielen Ängsten verbunden.⁸ In dieser Zeit erweist sich die analytische Arbeit als besonders wichtig für Frau B., da vor allem Loyalitätskonflikte mit ihrer psychisch schwer kranken Mutter auftauchen. Die Patientin scheint innerlich gegen eine unbewusste, vermutlich durch ödipale Phantasien stimulierte »Wahrheit« zu kämpfen, dass es ihr nicht zusteht, ein eigenes, von der Mutter getrenntes, erfolgreiches Leben zu führen. Oft geht es um die Angst, eine genetische Disposition zur Psychose in sich zu tragen. Zudem ist Frau B. immer und immer wieder davon überzeugt, plötzlich werde eine erneute Katastrophe eintreten. Wir verstehen gemeinsam, dass der erwähnte unerwartete Zusammenbruch, der »soziale Tod«, wie Frau B. dies einmal ausdrückt, von ihr wie eine Wiederholung des plötzlichen, traumatischen Verlustes ihres

⁸ Es geht in diesen Sitzungen oft um die »Rezeptivität und Offenheit des Therapeuten«, die im Manual u. a. wie folgt beschrieben wird: »Die Rezeptivität des Therapeuten wird dem Patienten indirekt vermittelt, indem der Behandler die Folgen, die bestimmte Erfahrungen für den Patienten hatten, anerkennt (selbst wenn sie dem Patienten selbst unter Umständen nicht einsichtig sind). Das Verständnis dieser Folgen wird verbal (durch explizite Bezugnahme) oder nonverbal (zum Beispiel durch ein responsives, zustimmendes Brummen oder Räuspern) vermittelt. Wenn diese Äußerungen natürlich und authentisch sind, zeigen nonverbale Kommunikationen, Erläuterungen, die einer Deutung vorausgehen, sowie Deutungen im eigentlichen Sinn dem Patienten, dass der Therapeut fähig ist zu verstehen, in welcher Art innerer und äußerer Welt er lebt« (Taylor 2010, S. 846; vgl. auch Taylor & Richardson 2005, S. 26).

Vaters erlebt wurde. Daher bin ich in großer Sorge, ob Frau B., nach den Jahren des depressiven Rückzugs und der Strukturlosigkeit ihres Alltags, in den universitären Alltag zurückfindet. Wie eine Mutter einer Jugendlichen bin ich aber erstaunt, wie schnell Frau B. eine »Clique« findet, in der sie sich wohl und aufgehoben fühlt: Gemeinsam kämpfen sie gegen die Widrigkeiten des BA-Studiums, bereiten sich zusammen auf Veranstaltungen und Klausuren vor, leihen sich Skripte aus etc. Ebenfalls wie eine Mutter einer Adoleszenten fühle ich mich in den folgenden Wochen, als ich sukzessiv erraten muss, dass Frau B. sich in einen Kommilitonen verliebt hat und sich, ganz vorsichtig und immer wieder mit Rückfällen, aus dem »Einsiedlerdasein« hinauswagt. – In einer Sitzung brechen Not und Verzweiflung heftig aus ihr heraus: »Ich kann doch niemandem, auch keinem Mann, meine Familie und meine psychotische Mutter zumuten ...« In vielen Sitzungen geht es im folgenden um ein tief eingegrabenes negatives Selbstbild, das Bild einer im Kern destruktiven, verabscheuungswürdigen Person, deren »schlimme Wünsche« und »rücksichtsloses Temperament« am Tod des Vaters schuld waren. Diese depressiven Überzeugungen manifestieren sich nun direkt in der Übertragung. Immer wieder ist Frau B. überzeugt, dass sie für mich eine schwere Belastung darstellt und mich schonen muss, da sonst »eine Katastrophe« eintreten könnte.⁹ Eindrucksvoll kämpft sie mit widersprüchlichen Wahrnehmungen und unbewussten Überzeugungen, ob sie von mir (und ihren Objekten) geliebt oder verabscheut wird.

Parallel dazu beobachten ihre Freundinnen und Bekannten ihre positiven Veränderungen. Sie selbst stellt fest, dass sie sich verändert hat, nun auch von anderen Hilfe annehmen kann, sich nicht mehr derart sozial isoliert fühlt und vermehrt den Wunsch verspürt, sich von der kranken Mut-

⁹ Taylor schreibt in seinem Manual dazu u. a.: »Die Depression entwickelt sich aus der emotionalen Reaktion auf einen Verlust. Bei jedem Verlust werden alle früheren Verluste abermals durchlebt, vor allem jene, die in der frühen Entwicklung auftraten. – Die Depression hat eine ethische Dimension: Die Objektliebe veranlasst den Leidenden zu dem Versuch, das äußere Objekt mit seinen Wut- und Ambivalenzgefühlen, die durch die mit der permanenten Abwesenheit einhergehende Trennungs-, Deprivations- und Verlust Erfahrung erheblich verstärkt werden, zu verschonen. – Es besteht ein omnipotenter Wunsch, sich von dieser Aggression freizumachen, doch die »Schonung« kann weder die Aggression tilgen noch das Objekt vor inneren Angriffen bewahren. So entwickelt sich ein Zustand, in dem das internalisierte gute Objekt, von dem das Ich abhängig ist, als beschädigt wahrgenommen wird. Die Zuneigung zum Objekt wird mithin von einer durch das immer strenger werdende Über-Ich erzeugten Angst vor der Verfolgung durch das Objekt und seine Anklagen begleitet« (S.852f.; vgl. auch Taylor & Richardson 2005, S. 41).

ter abzulösen und sich eine »Liebesbeziehung gönnen zu dürfen«. Sie ist stolz, dass sie trotz ihrer Ängste alle Scheine erwirbt und ihre Klausuren besteht, sodass sie erfolgreich und selbstbewusster das zweite Semester beginnen kann. »Das Wichtigste ist für mich, dass ich nun weiß, dass ich am richtigen Ort gelandet bin – und nicht mehr so allein und verzweifelt bin ...«