

Die Selbstpsychologie Heinz Kohuts

aus dem Blickwinkel des klinischen Sozialarbeiters

vorgelegt von

Simon Brenncke
Studiengang Soziale Arbeit

im SS 2012

Bachelor-Arbeit

Begleitender Professor: **Prof. Dr. Volker Kraft**

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2012-0404-3

Inhaltsverzeichnis

Eingangsworte	3
1 Erster Teil	4
1.1 Vorwort	4
1.2 Der Antrieb der Psyche: Erregung durch Instinkte	4
1.3 Die Entwicklung der Psyche	5
1.4 Der mentale Apparat als psychische Struktur	5
1.5 Narzissmus und Selbst im Denken Freuds	6
1.5.1 Kontrapunkt: Kohuts Abkehr von der negativen Konnotation des Narzissmus	8
1.6 Abschluss	8
2 Zweiter Teil	9
2.1 Das Selbst	10
2.2 Das Selbstobjekt und seine Funktion	11
2.3 Die Bildung der dualen Struktur des Kernselbst	12
2.4 Der fortbestehende Bedarf an Selbstobjekten	13
2.5 Die Psychopathologie nach Kohut	14
2.5.1 Entstehung der Psychopathologie	14
2.5.1.1 Konkret: Entstehung affektiver Störungen	14
2.6 Die Heilung des Selbst: Übertragung und Analyse	16
2.6.1 Orale Abhängigkeit?.....	18
2.7 Die Strukturneurose: Übertragung und Analyse	18
2.8 Die diagnostische Unterscheidung zwischen Strukturneurosen und Selbstpathologien	21
2.8.1 Behandlung aufgrund der diagnostischen Unterscheidung	21
2.9 Selbstpsychologische Klassifizierung der Psychopathologien	23
2.9.1 Der Ödipuskomplex - Revisited.....	24
2.9.1.1 Die geglückte ödipale Phase: freudig erregte Selbstbehauptung	24
2.9.1.2 Die missglückte ödipale Phase: Herrschaft der Kastrationsangst.....	26
2.9.2 Hypochondrie – Revisited	26
2.9.3 Phobie - Revisited	27
2.9.4 Fixierung – Revisited	27
2.9.4.1 Fetisch – Revisited	29
2.9.4.2 Orale Fixierung – Revisited	29
2.9.4.3 Anale Fixierung – Revisited	30
2.9.5 Zusammenfassung der Revisited-Fälle für die analytische Situation	30
2.10 Tragischer und Schuldiger Mensch	31
3 Dritter Teil	33
3.1 Klinische Soziale Arbeit als analytische Arbeit?	33
3.2 Elsons Rezeption Kohuts	38
3.2.1 Die grundsätzliche Kompetenz des Sozialarbeiters für den gesamten selbstpsychologischen Therapieprozess	38
3.2.2 Kritik an Elson	41
Abschließende Worte	43
Bibliographie	45

Eingangsworte

Klinische Soziale Arbeit ist ein besonderes Feld in der Sozialen Arbeit, das sich auf die Interventionen bei Individuen, Familien und Gruppen konzentriert und von anderen Richtungen in der Sozialen Arbeit, wie Gemeinwesenarbeit, Sozialmanagement und sozialpolitischen sowie sozialrechtlichen Belangen zu unterscheiden ist (vgl. Elson 1986, S. 62).

In meinem Praktikum im dritten Semester dieses Studiums konnte ich Klinische Soziale Arbeit im besonderen Kontext einer Kinder- und Jugendpsychiatrie erleben. Bereits in meiner Ausbildung zum Sozialassistenten, die dem Studium vorauslief, arbeitete ich in einer Werkstatt für psychisch kranke Menschen. Aus diesem Grund hat sich in mir frühzeitig ein therapeutisches Interesse geweckt, das sich insbesondere auf Veränderungsmöglichkeiten im Klienten richtet, die durch Einzelgespräche und Beziehungsgestaltung erschlossen werden können – demnach primär durch Intervention bei Individuen. Ein therapeutisches Interesse fragt nach Modellen, die Zustände erklären und das eigene Verhalten leiten können.

Wendet sich ein Sozialarbeiter der Selbstpsychologie Heinz Kohuts zu, kann es nicht ausbleiben, dass er diese Theorie danach untersucht, was sie ihm für ein bestimmtes Arbeitsfeld an Einsichten bieten kann. Weil das Arbeitsfeld auf die Linderung psychosozialer Not zielt, wird er sich weiterhin fragen, an welcher Stelle die Theorie, wenn sie von Heilung psychosozialer Not spricht, für ihn, den Sozialarbeiter, einen Platz vorsehen könnte.

In dem Sinne ist es gar nicht mein Anspruch, eine Skizze der Selbstpsychologie zu zeichnen, die möglichst umfassend, möglichst neutral, möglichst frei von dem besonderen Interesse ist, einzelne Aspekte dieser Theorie besonders hervortreten zu lassen. In dem Moment, in dem eine Fragestellung existiert, wird die Präsentation einer Theorie stellenweise brüchig ausfallen, da die Beantwortung einer Fragestellung im Verlauf einer Arbeit immer manches beiseitelassen, anderes hingegen mit einem scharfen Licht beleuchten muss.

Interesse der Arbeit ist nicht (und kann nicht sein): was ist die Selbstpsychologie? Sondern: was kann die Selbstpsychologie für einen Sozialarbeiter in einem Arbeitsfeld bedeuten, in dem ihm in zeitlich gestreckten Beziehungen zu individuellen Klienten psychosoziale Not begegnet? Noch bescheidener: was kann sie für mich als Sozialarbeiter in dieser Situation bedeuten?

Zuerst einmal besteht die Erwartung, dass sie einen Verstehenszuwachs bedeuten kann. In der Tat nimmt aus diesem Grund die theoretische Darstellung in dieser Arbeit den größten Raum ein. Darüber hinaus ist aber auch die Bedeutung der Selbstpsychologie im Hinblick auf das Wirken des Sozialarbeiters zu erfragen – beziehungsweise, ihr Standpunkt zur Arbeit des Sozialarbeiters, wenn sie denn danach gefragt hätte.

An dieser Stelle ist eine methodische Vorbemerkung angebracht. Ich habe die Theorie der Selbstpsychologie aus den Schriften Kohuts selbst rekonstruiert, anstatt zu diesem Zweck auf Sekundärliteratur zurückzugreifen. Dieses idiosynkratische hermeneutische Vorgehen zum Verständnis einer Theorie lässt sich in einen knappen Programmspruch binden: Ad fontes! Ein

anderes Vorgehen wäre möglich gewesen – es ist allerdings nicht das Vorgehen dieser Arbeit. Dennoch greife ich die Frage nach der Beziehung des klinischen Sozialarbeiters zur Selbstpsychologie nicht aus dem freien Raum, sondern betrachte hierzu eine bestehende Tradition, die in Miriam Elson ihren Kristallisations- und Ausgangspunkt findet. Es wird sich erweisen, dass mein hermeneutisches Prinzip mich an einem Punkt dazu zwingt, Kritik an Elsons Darstellungen zu üben.

Die Arbeit ist in drei Teilen gegliedert. Die ersten beiden Teile gelten dem Verstehen der selbstpsychologischen Theorie – freilich dem Verstehen unter der genannten Perspektive des Sozialarbeiters im Kontakt mit psychosozialer Not. Im ersten Teil wird das Verstehen mit dem Anriss der Metapsychologie Freuds vorbereitet, im zweiten Teil soll es für die Selbstpsychologie ausgeführt werden. Im dritten Teil wird die Position des Sozialarbeiters erörtert. Deswegen ist der dritte Teil das Herzstück, dem die Arbeit zustrebt.

1 Erster Teil

1.1 Vorwort

Zum einen setze ich zum Verständnis dieser Arbeit die Kenntnis des klassischen psychoanalytischen Modells nach Freud voraus. Zum anderen möchte ich erreichen, dass die Arbeit auch ohne diese Kenntnis ohne Mühen gelesen werden kann. Dies steckt den Rahmen ab, inwieweit ich auf das klassische Modell eingehen werde: insofern, als es mir zum Verständnis der Ideen Kohuts, die ich vorstelle, unabdingbar scheint. Eine genauere Einordnung der Ideen und ihr tieferes Verständnis sind freilich nur durch die Kenntnis der Schriften Freuds zu erreichen – doch ist es keinesfalls das Ziel dieser Arbeit, dem Leser solch eine umfassendere Zusammenschau darzubieten.

Die Auswahl der Teile an Freuds Theorien, die ich im einführenden Kapitel kurz vorstelle, ist somit nicht eklektisch, sondern methodisch: die Auswahl wird genügen, um den Sinn von Kohuts Bezugnahmen zu Freud zu verstehen – und diese Bezugnahmen, die ich im weiteren referieren werde, werden wiederum die Kenntnis der Theorien Freuds erweitern.

Der Betrachtung von Entwicklung und Struktur der Psyche muss hier die Erklärung vorausgehen, wodurch überhaupt eine psychische Bewegung entsteht.

1.2 Der Antrieb der Psyche: Erregung durch Instinkte

Die Energieimpulse der Instinkte des Menschen erzeugen in ihm somatische Erregung (vgl. Macmillan 1997, S. 334).

Die somatische Erregung durch den Sexualinstinkt konzentriert sich auf die erogenen Zonen. Hat die Erregung eine bestimmte Schwelle überschritten, wird sie an den zerebralen Kortex weitergeleitet und dort als sexuelle Ideen eingeschrieben. Die somatische Erregung lädt die Ideen weiterhin mit Energie auf und erzeugt jene psychische sexuelle Spannung, die Libido genannt wird.

Die Psyche strebt eine Spannungsreduktion durch den Einsatz und Verbrauch von Libido an (vgl. ebd., S. 183). Die Reduktion der Spannung ist an ein erhebliches Lustgefühl gebunden (vgl. ebd. S. 299).

Da der sexuelle Instinkt die sexuellen Ideen mit Energie auflädt, stellt sich analog die Frage, woher jene Ideen ihre Energie beziehen, die sich der Sexualität entgegenstellen. Freud findet eine Antwort für diese Frage mit der Einführung der Ego-Instinkte, die den Selbsterhalt des Individuums anstreben. Das psychische Leben drückt den Konflikt zwischen diesen beiden biologisch grundierten Trieben aus: dem Sexual- und dem Selbsterhaltungstrieb (vgl. ebd., S. 334). - (Dass Freud diese fundamentale Opposition später durch die Gegenspieler des Lebens- und Todestriebes ersetzt, findet in dieser Arbeit erst am Ende des zweiten Teils Berücksichtigung.)

Die Entwicklung des psychischen Lebens ist durch Veränderungen im Sexualtrieb gekennzeichnet. Die sexualisierte psychische Energie, die Libido, wird, je nach Altersklasse, verschiedene Körperteile vorrangig besetzen.

1.3 Die Entwicklung der Psyche

Im Verlauf der Entwicklung des Kindes zeigt die Libido eine wechselnde vorrangige Ausrichtung auf unterschiedliche erogene Zonen. -

Nach Freud kann jeder Teil des Körpers als erogene Zone erhalten, doch sollen es gerade die Körperteile sein, die am stärksten mit sensitiven Nervenden besetzt sind, deren Stimulierung ein besonderes Gefühl von Lust erzeugt. Als diese Teile macht er den Mund, die Anusregion und die genitalen Organe aus. Sie treten als dominante erogene Zonen in den nachfolgenden, chronologisch geordneten Entwicklungsstadien hervor: die orale, anale und ödipale Phase (vgl. ebd., S. 542-543). Die Entwicklungswende von infantiler zu erwachsener Sexualität erfolgt durch die Konzentration des Sexualtriebs auf die Genitalzone, sodass die anderen erogenen Zonen zur Lustgewinnung nur noch eine untergeordnete Rolle einnehmen. Des weiteren wird der primär autoerotische Sexualtrieb im psychosexuellen Entwicklungsverlauf auf ein Objekt gerichtet: die Selbststimulierung tritt hinter das Begehren eines anderen Menschen zurück (vgl. ebd., S. 293). -

Bis hierhin ist beschrieben, wodurch das psychische Leben energetisch angeregt wird und welche Entwicklungsstadien dieses Leben durchläuft. Als psychische Energie wurde die Libido identifiziert, die anhand einer altersspezifischen Beschäftigung mit bestimmten erogenen Zonen die Etappen der Entwicklung markiert. In diesen Etappen wird auch die Bewegung von Autoerotik hin zur Objektliebe deutlich. Schließlich ist darauf einzugehen, wodurch das psychische Leben konkret zu charakterisieren ist. Damit sind zwei Fragestellungen gemeint: der Aufbau der Psyche und was in ihr geschieht, wenn sie energetisch angeregt wird. Freud hat für den Aufbau der Psyche das Bild des mentalen Apparats gefunden, dessen Teile bei Anregung dynamisch untereinander wirken.

1.4 Der mentale Apparat als psychische Struktur

In der klassischen Strukturtheorie werden im mentalen Apparat drei Teile unterschieden. Das **Es** ist von Primärprozessen gesteuert, die von den libidinösen Impulsen der Instinkte angetrieben werden. Es drängt auf eine unmittelbare Befriedigung der Triebenergien (vgl. ebd. S. 439). Primärprozessen liegt die Tendenz des freien Ablassens von Spannungsenergien zugrunde, die

sich angesammelt haben. Die augenblickliche Befriedigung des Bedürfnisses muss nicht in einer tatsächlichen Erfahrung erfolgen, sondern kann auch halluziniert werden. Diese Distanz zu den Erfordernissen der Realität kennzeichnet die Distanz der Primärprozesse zu den logisch strukturierten Sekundärprozessen des Ego (vgl. ebd., S. 243).

Das **Ich(Ego)** ist das Zentrum bewussten Erlebens und Entscheidens im Menschen. Das Ego nutzt seine Funktionen, um die Verdrängung der Triebimpulse einzuleiten oder ihre Umsetzung aufzuschieben, bis realistischere Formen der Befriedigung gefunden werden können. Regulär ist das Ego auf die Außenwelt gerichtet und orientiert sich an der tatsächlich vorfindbaren Realität. Es arbeitet entsprechend den Sekundärprozessen (vgl. ebd., S. 439). Diese sind als realistische, verbalisierbare Denkweisen zu verstehen, die den Gesetzen der Logik folgen (vgl. ebd., S. 243). Das **Über-Ich** repräsentiert die Werte eines Menschen und ist der Sitz seines Gewissens. In ihm sind zugleich die Mechanismen anzuordnen, die Verletzungen der Werte bestrafen (vgl. ebd., S. 439).

1.5 Narzissmus und Selbst im Denken Freuds

Kohut nannte sein erstes Buch, in dem er noch weitgehend dem oben beschriebenen klassischen Modell folgte, „Narzissmus“. Zentraler Punkt des Buchs sind Erörterungen zum Thema des Selbst. Eine erste Zusammenschau der Ideen Freuds, insofern sie für meine Arbeit relevant sind, kann nur zum Abschluss gebracht werden, wenn der „Narzissmus“ als auch das „Selbst“ im Denken Freuds eingeordnet werden. Diese Einordnung wird freilich nur insoweit erfolgen, als dass der Übergang zum Denken Kohuts besser geleistet werden kann. Freud lässt den Begriff des Selbst tatsächlich nur kurz anklingen, doch wird aus dem Zusammenhang ersichtlich, dass er nicht einfach den mentalen Apparat oder das bewusste Repräsentieren, mithin das Ego gemeint haben kann.

Tatsächlich ist in Freuds Vokabular das Selbst von Anfang an mit dem Begriff des Narzissmus verbunden gewesen. Es ist angemessen, kurz zu erörtern, mit welchem Verständnis Freud diesen Begriff füllte. Ersichtlich wird hierbei sein, dass Kohut ein sehr viel positiveres Bild des Narzissmus einbrachte, was sich nicht zuletzt daran ablesen lässt, dass er eine narzisstische Persönlichkeitsstörung als die Unfähigkeit definierte, die Auffassung von seinem eigenen Wert auf einem angemessenen Niveau zu halten (siehe unten) (vgl. Kohut 1976, S. 38). Ist die Störung im Narzissmus eine Störung des Selbstwerts, ist gesunder Narzissmus im Umkehrschluss mit einem gesunden Selbstwert gleichzusetzen. Im weiteren Verlauf der Arbeit werde ich mich nicht weiter mit dem Begriff des Narzissmus auseinandersetzen, denn dieser Begriff ist wie ein Signalwort für den ersten Versuch Kohuts, seine neuen Ansichten zum Selbst im Rahmen der klassischen Psychoanalyse unterzubringen. So erkennt Kohut an, dass er in all seinen Schriften vor „Die Heilung des Selbst“ das Selbst ausschließlich als Inhalt des psychischen Apparats betrachtet hat. Die konzeptuelle Erweiterung, das Selbst in das Zentrum des theoretischen Rahmens zu rücken, ist zuerst verlässlich in „Die Heilung des Selbst“ geleistet worden (vgl. Kohut 2009, S. 207). Ich denke, das tatsächlich Neue, das Kohut zum psychoanalytischen Verständnis beigetragen hat, kommt sehr viel besser in dieser späteren Entwicklung als in den frühen Schriften zum Ausdruck. An der späteren Entwicklung anzusetzen, wird mir auch ermöglichen, das Besondere der Ideen Kohuts von den klassischen psychoanalytischen Vorstellungen nach Freud abzuheben. Freud ist für mich ein wichtiger Gegenpunkt – so meine ich, dass Positionen im allgemeinen durch dialektische Gegenüberstellung sehr viel schärfer hervortreten, als es bei einer Erklärung allein aus der Position heraus hätte erreicht werden können. Diese Vorgehensweise erscheint mir umso begründeter, als Kohut selbst sehr darauf bedacht war, seinem Beitrag zur Psychoanalyse vor dem Hintergrund des klassischen Modells Kontur zu verschaffen. Damit knüpfte Kohut bei seinen psychoanalytischen

Kollegen auf der gemeinsamen Verstehensbasis an und konnte sein eigenes Denken zugleich in jener Tradition situieren, aus der er hervorgegangen war. Der Beitrag Kohuts – mir liegt Wert daran, es zu betonen - stellt aber wirklich etwas anderes da, als sich aus dem klassischen Modell herausholen lässt. Das Ziel dieser Arbeit ist für mich, die Punkte im neuen Denken Kohuts, die mir am bedeutsamsten erscheinen, darzulegen und zu erklären. Deshalb meine ich, dass es meinem Ziel entgegenlaufen würde, mich auf die frühen Schriften und damit auf die Nähe Kohuts zur klassischen Psychoanalyse zu konzentrieren. Es würde nur die Klarheit meiner Darstellungen durch den Verlust des dialektischen Moments schwächen. Aus diesem Grund wird auch nur in diesem Kapitel kurz in die Gedankenwelt Kohuts vor „Der Heilung des Selbst“ eingeführt. Diese Gedankenwelt ist freilich an Freuds noch so eng angebunden, dass ich nicht umhinkomme, zu erörtern, was Freud unter Narzissmus versteht, wenn Kohut von Narzissmus schreibt. Wie erwähnt werden dennoch Differenzen erkennbar werden.

Freud trägt das Konzept des Narzissmus zum ersten mal in seiner Erklärung der männlichen Homosexualität vor (sie findet sich im Rahmen der Studie über Leonardo da Vinci). Um bei der erzieherischen Abwesenheit des Vaters ein übermäßig starkes inzestuöses Verlangen nach der Mutter zu unterdrücken, identifiziert sich das Kind mit der Mutter und nimmt sich selbst als Sexualobjekt. Die weitere Objektwahl wird beim Kind von dieser narzisstischen Grundlage aus erfolgen.

Freud verwendet Narzissmus hier noch nicht als ein Konzept, sondern im Grunde nur als Synonym für selbstliebendes Verhalten. Seine Beschäftigung mit dem Fall Schreber führte Freud jedoch zu einer sehr verschiedenen Erklärung der Homosexualität. Der Narzissmus wird hier von einer Art und Weise, wie ein Objekt gewählt wird, zu einer Phase im Entwicklungsprozess des Kindes umgewandelt (vgl. Macmillan 1997, S. 358).

In der auto-erotischen Phase konzentrieren sich die sexuellen Instinkte des Kindes auf die Stimulierung unterschiedlicher Körperteile, auf die verschiedene erotische Tätigkeiten gerichtet sind. In der darauffolgenden narzisstischen Phase vereint das Kind die verstreuten Sexualinstinkte auf ein Liebesobjekt. Der eigene Körper, die eigene Person ist die erste Wahl als Liebesobjekt. Da sich Energien auf Objekte richten, ist die Bezeichnung für die eigene libidinisierte Person: das Selbst als Liebesobjekt. Erst nach dem Durchgang dieser narzisstischen Phase werden andere Personen als Liebesobjekte gewählt. Manche Kinder verbleiben in der Phase so lange, dass sie sich auf die psychischen Konstellationen in dieser Phase fixieren. Fixierungen schaffen Dispositionen für Krankheiten, die sich in späteren Regressionen manifestieren. Für Freud ist die Homosexualität eine solche Erkrankung. Durch eine Fixierung in der narzisstischen Phase kann im Erwachsenenalter eine Neigung zur Homosexualität entstehen. Denn zentrale Bedeutung in der narzisstischen Phase, so spekuliert Freud, könnten bereits die Genitalien haben. Deswegen erscheine bei einer Regression zu dieser Phase die Tendenz, externe Liebesobjekte mit ähnlichen Genitalien zu wählen (vgl. ebd., S. 338-340).

Somit wird ersichtlich, dass es in der Beschreibung der Homosexualität gewesen ist, dass sowohl der Narzissmus als auch das Selbst in Freuds Theorien ihren Platz eingenommen haben. Sicher fand sich die Vorstellung von einem Selbst hier nur ganz rudimentär gezeichnet. Im wesentlichen beschrieb Freud bloß, dass sich die Instinkte, wenden sie sich auf die eigene Person als Objekt, auf das Selbst der Person wenden – damit war aber kein Konzept eines Selbst miteingeschlossen, sondern eben nur die Bewegungsrichtung der Libido angezeigt: von der Person aus auf sich *selbst* zurück. Es erscheint mir allerdings angebracht, hier ein mögliches konzeptionelles Einfallstor für einen gefüllten Begriff vom Selbst zu erkennen. Denn die eigene Person zum Liebesobjekt zu nehmen, kann nicht einfach meinen, das Ego als Teil des mentalen Apparats zum Objekt zu nehmen. Die eigene Person ist mehr als das Ego. An dieser Stelle wird schon deutlich, dass anscheinend eine Erklärungslücke für eine psychische Konfiguration besteht, die die ganze Person

umgreift. Man mag es für eine zufällige Konstellation halten, doch es erscheint mir bedeutsam, dass in Verbindung mit dem Narzissmus nicht nur ein blasser Hüllenbegriff von Selbst fällt, sondern sich auch der konzeptionelle Freiraum für ein Selbst als übergeordnete Konfiguration erahnen lässt.

Eine tiefere Regression zu einem Fixierungspunkt in der narzisstischen Phase als sie in der Homosexualität vorliegt, ist die Unfähigkeit zur Objektliebe. Hiermit sieht Freud den zentralen psychischen Mechanismus des Schizophrenen beschrieben. Er hat seine sexuellen Energien von anderen Menschen und der Umwelt abgezogen und auf sich zurückgerichtet, sodass er sich selbst zur ganzen Welt geworden ist. Im berühmten Fall Schreber wird so die Grandiosität und der Verfolgungswahn erklärt: alles dreht sich nur um ihn, Schreber (vgl. ebd., S. 341-342). - Diese Überschau der Einführung des Begriffs des Narzissmus hat ergeben, dass der Begriff für Freud negativ konnotiert ist, weil er im Verein mit den Störungsbildern der Homosexualität und der Schizophrenie gesehen wird. Erst ist der Narzissmus die Qualifizierung eines unreifen Verhaltens, dann, genauer, eine kindliche Entwicklungsphase, die der reife Erwachsene überwunden haben muss, um vor Regressionen zu dieser Phase und den dazugehörigen Störungsbildern geschützt zu sein.

1.5.1 Kontrapunkt: Kohuts Abkehr von der negativen Konnotation des Narzissmus

Von diesem Umriss hebt sich schon vor der „Heilung des Selbst“ Kohuts positive Wendung des Begriffs ab.

In „Narzissmus“ stellte er seine Gedanken noch in das Gebäude der etablierten metapsychologischen Begrifflichkeit. Demnach sind narzisstische Störungen traumatische Fixierungen auf einen Teil der Zeitachse der psychischen Entwicklung, nämlich der narzisstischen Phase (vgl. Kohut 1976, S. 19). Die Fixierungspunkte von Psychosen und Borderline-Zuständen liegen auf einem früheren Teil dieser Zeitachse, wenn noch kein kohärentes Selbst errichtet ist (vgl. ebd., S. 20). Auf einem späteren Teil liegen die Fixierungspunkte für Übertragungsneurosen, die Gegenstand des klassischen Modells nach Freud waren. Bei ihnen liegt die Störung nicht im Selbst, sondern von einem kohärenten Selbst gehen libidinöse Impulse aus, die auf vom Selbst abgetrennte Objekte der Außenwelt gerichtet sind. Die Impulse erzeugen strukturelle Konflikte. Darunter werden Konflikte im Zusammenspiel der Instanzen Es, Ich und Über-Ich verstanden (vgl. ebd., S. 37). In der narzisstischen Entwicklungsphase jedoch werden die Objekte noch nicht als unabhängig vom Selbst erlebt. Sie werden insofern wahrgenommen, als sie eine Funktion zur Aufrechterhaltung der Kohärenz des Selbst erfüllen: als Selbstobjekte (vgl. ebd., S. 47).

Nach dieser ersten Klassifizierung Kohuts ist der Störungstyp demnach durch den unterschiedlichen Platz des Fixierungspunkts auf der Zeitachse zu unterscheiden. Bei den Übertragungsneurosen reagiert das Ich mit Angst auf Gefahren, die der Außenwelt zuzuordnen sind (Angst vor Kastration, Liebesverlust des Objekts, Objektverlust). Bei den narzisstischen Persönlichkeitsstörungen hingegen ist die Angst auf die Verwundbarkeit des Selbst konzentriert, eines Selbst, das unfähig ist, die Meinung von seinem eigenen Wert auf einem angemessenen Niveau zu halten (vgl. ebd., S. 37-38).

1.6 Abschluss

Das ist, wie erwähnt, die einzige Zusammenschau der Ideen Freuds im Rahmen der tradierten Metapsychologie, die ich in dieser Arbeit vornehmen werde. Im Unterschied dazu, narzisstische Störungen in das klassische Entwicklungsmodell einzuordnen, folgte Kohut ab „Die Heilung des Selbst“ konsequent der Auffassung, dass das Selbst als übergeordnete psychische Konfiguration in allen Entwicklungsstadien eine Rolle spielt. So können, wie noch zu sehen sein wird, auch Übertragungsneurosen, und hier typisch der Ödipuskomplex nicht umfassend ohne eine Betrachtung des Zustands des Selbst beschrieben werden.

Im weiteren nimmt die Darstellung der Selbstpsychologie den Vorrang ein und die klassische Freudsche Metapsychologie bildet den Kontrapunkt zu ihr. Das bedeutet also nicht, dass nachfolgend Freuds Position nicht mehr dargestellt wird; im Gegenteil; doch sie wird nur noch als Gegenüber zur Selbstpsychologie und von Kohut referiert Darstellung finden.

2 Zweiter Teil

Zuerst werde ich ein paar grundlegende Begriffe der Selbstpsychologie erklären, wie das Selbst und Selbstobjekte. Im Anschluss zeichne ich den Weg der Entwicklung des Selbst in seinem Beziehungsnetz zu den Selbstobjekten. Anschließend umreiße ich das Bedingungsfeld der pathologischen Entgleisung dieses Entwicklungswegs. Damit werden die Formen der Selbstpathologie im Erwachsenenalter erklärbar. Schließlich gehe ich auf die Methode ein, die die Selbstpsychologie gewählt hat, um die Pathologien aufzulösen und die Gesundheit des Selbst zu erreichen: die Situation der therapeutischen Analyse.

Ist dieser Punkt erreicht, werde ich einen starken Schwenk zum Pathologieverständnis Freuds machen und veranschaulichen, welche Vorstellungen er an die Analysesituation heranträgt. Hiermit setze ich allerdings keinen Riss in die Darstellung, sondern leite auf eine Zusammenführung der unterschiedlichen Standpunkte über, um die unterschiedlichen Erklärungen einzelner klinischer Zustandsbilder zu kontrastieren. Das heißt, einzelne Pathologien, die die Freudsche Psychoanalyse besonders beschäftigten, werden nacheinander im Licht der Beiträge der Selbstpsychologie begutachtet.

An dieser weitläufigen Schau einzelner Störungsbilder mag auch deutlich mein speziell psychiatrisches Interesse hervortreten. In der Praxis der Psychiatrie sind die Störungsbilder als phänomenologische bzw. symptomatische Beschreibungen geordnet. Die Tiefenpsychologie sehe ich hingegen als großangelegten Versuch, die Zustandsbilder ätiologisch verstehbar zu machen. Und zwar geschieht dies gegenüber rein medizinisch-biologischen Erklärungen in einer Weise, die auch und gerade das Aktionsfeld eines Sozialarbeiters berührt.

Im dritten Teil der Arbeit möchte ich in einem letzten Schritt aufzeigen, warum mir die Selbstpsychologie und gerade sie so wichtig für die Soziale Arbeit im Umgang mit psychosozialer Not erscheint. Sie liefert nicht nur ätiologische Erklärungen bekannter Störungsbilder, die mir sehr viel erfahrungsnäher und praxistauglicher als ätiologische Erklärungen anderer tiefenpsychologischer Richtungen erscheinen, einschließlich des klassischen Freudschen Modells. Darüber hinaus stellt sie auch ihre Art von Antwort auf die Frage zur Verfügung, wie das Verhältnis der klinischen Sozialen Arbeit zur Psychotherapie, konkret zur analytischen Psychotherapie zu sehen ist. Ich denke, dass die Selbstpsychologie in jedem Fall ihren Platz für eine therapeutisch

wirksame Arbeit des Sozialarbeiters vorsieht und ich möchte aufzeigen, welche Gedanken ich in Kohuts Werk zur Begründung dieser These finden konnte. Daneben möchte ich auch aufzeigen, dass bestimmte Bedingungsfelder der klinischen Sozialarbeit für eine umfassende therapeutische Anwendung der Selbstpsychologie nicht geeignet scheinen.

Damit wird diese Arbeit zu ihrem Abschluss geführt werden. Der Weg dorthin wird, wie aufgeführt, mit der Definition der beiden grundlegenden Begriffe der Selbstpsychologie begonnen: dem Selbst und dem Selbstobjekt.

2.1 Das Selbst

Bis hierhin habe ich das Selbst schon als übergeordnete psychische Konfiguration beschrieben, die umfassender zu begreifen ist als der Teil des psychischen Apparats, dem das Bewusstsein zugeordnet ist.

Kohut belässt es insofern auch bei dieser Beschreibung und sieht gezielt davon ab, das Selbst essentiell beziehungsweise substantiell definieren zu wollen. Durch Introspektion und Empathie kann zum Wesen eines 'Selbst an sich' nicht vorgedrungen werden, sondern es sind die phänomenologischen Erscheinungen des Selbst, die introspektiv und empathisch zugänglich sind (vgl. Kohut 2009, S- 310-311). -

Das Selbst kann demnach nur in subjektiven Erfahrungswerten gefasst werden. -

Die Erfahrung des Selbst ist das sichere Empfinden, eine Einheit im Raum zu sein, ein Kontinuum in der Zeit und das unabhängige Zentrum für Aktionen und die Wahrnehmung von Eindrücken (vgl. ebd., S. 155-156).

Im Kernselbst als psychischer Struktur sind die dominanten Ambitionen und Ideale eines Menschen integriert mit der Erfahrung der Einheit von Körper und Geist. Mit dem Kernselbst als zentralem Sektor der Persönlichkeit ist ein Satz von Talenten und Fertigkeiten verbunden, die vom Spannungsbogen der Ambitionen und Ideale angezogen und moduliert werden (vgl ebd., S. 177-178). -

Wenn sich Kohut in besonderer Weise auf die grundlegenden Ambitionen und Ideale eines Menschen bezieht, schreibt er eher vom 'Kernselbst' als vom 'Selbst', um anzuzeigen, dass das Selbst, auf seine wesentliche Struktur heruntergebrochen, als potentieller Spannungszustand zwischen den beiden Polen der Ambitionen und Ideale aufzufassen ist. -

Trotz all der Veränderungen in sich selbst und in seinem Leben hat der Mensch das Empfinden dafür, festgesetzt dasselbe Selbst zu sein. Voraussetzung dafür ist für Kohut nicht so sehr der Inhalt der Ambitionen und Ideale oder typische Tätigkeiten, die unter ihrem Druck und durch ihre Anleitung entstehen. Vielmehr sieht er die Gleichheit im Selbst in der bleibenden besonderen Konstellierung, die seine Teile zueinander einnehmen. Selbst, wenn keine Aktivität zwischen den beiden Polen des Selbst gezündet ist, bedeutet ihre Konstellierung zueinander doch einen spezifischen potentiellen Zustand, in dem Aktionen hervorgebracht werden können (vgl. ebd., S. 179-180).

Auch wenn sich die Ambitionen und Ideale inhaltlich ändern sollten, wird der Sinn für die Kontinuität des Selbst geschaffen durch die kreativen Spannungen, die sich in der Konstellierung der beiden Pole zueinander bilden und mit möglichen Aktivitäten in die Zukunft weisen (vgl. ebd.,

S. 180-182).

Mit dem Kernselbst ist allerdings nur die halbe psychische Wahrheit ausgesprochen. Das Bild des Selbst wird erweitert, gehen die Selbstobjekte in die Betrachtung ein, die tatsächlich keine Selbst-Objekte sind, sondern als Objekte vom Selbst nicht getrennt genannt werden können.

2.2 Das Selbstobjekt und seine Funktion

Die Selbstpsychologie unterscheidet zwischen Objekten im eigentlichen Sinn, die als unabhängiges Aktionszentrum wahrgenommen werden, und Selbstobjekten (vgl. ebd., S. 84).

Das 'Selbstobjekt' bezeichnet die Erfahrung, dass eine psychische Funktion, die eine andere Person übernimmt, als funktionelle Verlängerung des eigenen Selbst wahrgenommen wird. Im spezifischen Sinn bezieht sich der Begriff auf die beiden archaischen Selbstobjekte, das Größenselbst und idealisierte Selbst, die am Anfang der Entwicklung der Matrix der Selbstobjekte stehen (vgl. Kohut 1991, S. 91). -

An diese beiden ersten Selbstobjekte stellt das Kind maßlose Ansprüche. -

Sie werden als narzisstische Bedürfnisse verstanden, weil sie mit der Festigung des Selbst und damit der Regulierung des Selbstwerts zusammenhängen (vgl. ebd., S. 129). -

Unabhängig von der Maßlosigkeit der archaischen Bedürfnisse wird ein funktionierendes Selbstobjekt in jedem Fall darum bemüht sein, die Bedürfnisse wahrzunehmen und auf angemessene Weise zu erfüllen. Das Mittel zur Wahrnehmung der Bedürfnisse ist hierbei die Empathie. -

Kohut definiert die Empathie als stellvertretende Introspektion: sie ist die Fähigkeit, sich selbst im Innenleben eines anderen zu denken und zu fühlen. Beim Kleinkind scheint die empathische Wahrnehmung noch bis zur völligen Verschmelzung mit dem emotionalen Zustand des anderen ausgeweitet. Diese überbordende Empathie soll im Verlauf der Entwicklung einer abgeschwächten Empathie weichen. Wünschenswert ist daher, dass das Kleinkind modellhaft einer abgeschwächten Empathie ausgesetzt ist (vgl. ebd., S. 147-148).

Eine abgeschwächte Empathie ist auch immer eine fehlerhafte Empathie. Damit ist schon festgelegt, dass die maßlosen Ansprüche des Kindes nach unfehlbarer Empathie und dem perfekt modulierten Eingehen auf die Bedürfnisse unmöglich erfüllt werden können. Frustration ist damit unvermeidbar. Der Unterschied ist jedoch zwischen einer traumatisierenden und einer optimalen Frustration zu setzen. -

Eine optimale Frustration löst den Prozess der umwandelnden Verinnerlichung aus. Hiermit ist gemeint, dass die Funktion, die vordem das Selbstobjekt für das Selbst erfüllte, nun im Selbst in eigene psychische Struktur umgewandelt werden kann. Damit wird die vormals von dem Selbstobjekt erfüllte Funktion verinnerlicht. -

So sind die archaischen Selbstobjekte Vorläufer psychischer Strukturen des Kindes (vgl. ebd., S. 129).

Wie erwähnt können Empathiefehler vonseiten der Selbstobjekte nie ausbleiben. Dennoch lässt sich kurz umreißen, welche Erwartungen an ein funktionierendes Selbstobjekt zu stellen sind. -

Ein funktionierendes Selbstobjekt vermittelt dem Kind das Empfinden, dass es seiner psychischen Spannungen gewahr wird und sie versteht. Das Selbstobjekt wird das Kind in seine psychologische Organisation aufnehmen und die Spannungen im Kind aktiv auszugleichen suchen. Zum Zweck des Strukturaufbaus durch umwandelnde Verinnerlichung kommt dem ersten Schritt hierbei, dem

Verstehen, größere Bedeutung zu als dem aktiven Handeln zur Bedürfnisbefriedigung (vgl. Kohut 2009, S. 85-86).

Die optimale Frustration der narzisstischen Bedürfnisse des Kindes führt durch umwandelnde Verinnerlichung zur Festigung des Selbst und stattet die Person mit einem Grundgerüst von Selbstachtung aus, auf die es sein ganzes Leben lang vertrauen kann (vgl. ebd., S. 188). -

Die Entwicklung der übergeordneten psychischen Konfigurationen sollte auf diesem Weg verlaufen. Sie konzentriert sich auf die zwei Pole der Ambitionen und Ideale, die der innerste Bestandteil des Selbst sind.

2.3 Die Bildung der dualen Struktur des Kernselbst

Kohut trifft nur vorsichtige Aussagen darüber, wann von einer abschließenden Formierung des Kernselbst auszugehen ist. Die Konsolidierung des Großteils der archaischen Grandiosität des Kindes zu Ambitionen findet wahrscheinlich in der frühen Kindheit statt, vom zweiten bis vierten Lebensjahr. Diese Konsolidierung wird vor allem durch die Beziehung zur Mutter als spiegelndem Selbstobjekt erbracht. Der Großteil der Struktur idealisierter Ziele wird hingegen in der späteren Kindheit gefestigt, etwa vom vierten bis zum sechsten Lebensjahr, wobei sich die Verschmelzungserfahrungen mit dem allmächtigen Selbstobjekt auf Elternteile beider Geschlechter beziehen können (vgl. ebd., S. 179).

Häufig erfolgt die Entwicklungsbewegung, besonders beim Jungen, von der Mutter als spiegelndem zum Vater als idealisiertem Selbstobjekt. Betreffend der Grundlegung des Kernselbst kann die Schwäche des einen Pols oftmals durch die Stärke des anderen ausgeglichen werden. Es ist die Aufgabe der Mutter, das grandios-exhibitionistische Verhalten des Kindes wohlwollend anzuerkennen, sodass das solchermaßen gespiegelte Verhalten in der Psyche des Kindes zu reiferen Ambitionen umgewandelt werden kann. Doch ist die Mutter nicht in der Lage, die Aufgabe zu erfüllen, das Selbst des Kindes zu festigen, kann das Kind Selbstachtung noch immer im Hinblick auf seine Ideale erreichen (vgl. ebd., S. 185-186). -

In diesem Fall nimmt es den Vater als idealisiertes Selbstobjekt und versucht mit ihm zu verschmelzen, um durch die Verschmelzung seinen eigenen Selbstwert zu erhöhen.

Kohut spricht im Bezug auf die oben skizzierte Doppelbewegung von primärer und sekundärer Struktur. Weil mir der Gedanke der sekundären Struktur bedeutsam erscheint, möchte ich beide Begriffe noch einmal kurz präzisieren.

Die Bewegung des Kindes hin zum ersten Selbstobjekt der Mutter sollte bereits eine grundlegende Struktur schaffen, durch die das Kind später seine Selbstachtung sicherstellen kann. Dies ist die primäre Struktur. Zieht sich das Kind jedoch vor diesem ersten, spiegelnden Selbstobjekt zurück, weil es an ihm den Strukturaufbau nicht vornehmen konnte, wendet es sich sekundär einem zu idealisierenden Elternteil zu, meist dem Vater. Wenn die zweite Bewegung des Kindes als sekundäre Strukturbildung Gegenstand der Erörterung ist, darf sie jedoch nicht als defensiver Mechanismus verstanden werden, der keinen realen funktionalen Wertzuwachs im Selbst ergibt. -

Denn Kohut unterscheidet bei den sekundären Strukturen zwischen den defensiven Strukturen, die den primären Defekt überdecken, und den kompensatorischen Strukturen, die, anstatt den Defekt nur zu überdecken, ein funktionelles Gegengewicht zu ihm darstellen – so kann die Schwäche im Selbstwertgefühl, die im Bereich der Strebungen das produktive Schaffen eines Menschen hemmt, durch eine Stärke bei den Idealen und somit im Verfolgen der Ideale ausgeglichen werden (vgl.

ebd., S. 3-4).

Das heißt, ist der Vater als Selbstobjekt zumindest teilweise verfügbar, wird nun durch ihn kompensatorische Struktur geschaffen. Dies ist Struktur, die den strukturellen Mangel ausgleicht, der nach der ersten Bewegung des Kindes hin zu einem Selbstobjekt zurückgeblieben ist. -

Kohut hat in seiner klinischen Erfahrung den Eindruck gewonnen, dass ein integriertes Selbst, bei dem die kompensatorischen den primären Strukturen überwiegen, sich durch ein Leben auszeichnet, das besonders reich an Kreativität und Produktivität ist. Der Erwerb neuer Strukturen nach erhöhten Traumatisierungen in der Kindheit scheint ein besonders geeignetes Bedingungsfeld dafür, im späteren Leben seine Kapazitäten voll zu verwirklichen (vgl. Kohut 1991, S. 86).

Ist, auf die ein oder andere Weise, durch die Inanspruchnahme der Selbstobjekte ein psychisches Gleichgewicht erreicht worden, das freudvolle produktive Aktivitäten ermöglicht, enthebt das den Menschen jedoch nicht vom ständigen Bedürfnis, Aspekte von Selbstobjekten in seinem Umfeld zu suchen.

2.4 Der fortbestehende Bedarf an Selbstobjekten

Die Entwicklungen, die das durchschnittliche psychische Leben kennzeichnen, sind an der wechselnden Beziehung zwischen dem Selbst und den Selbstobjekten festzumachen, nicht aber an der Emanzipation von den Selbstobjekten. Der Fortschritt in der Entwicklung kann nicht als der Ersatz von Selbstobjekten durch Liebesobjekte, kann nicht als Bewegung von Narzissmus zu Objektliebe verstanden werden (vgl. ebd., S. 89).

Generell ist festzuhalten, dass durch angemessene Antworten auf die archaischen Selbstobjektforderungen des Kindes zwar ein starker Kern an Selbstvertrauen gebildet wird, doch dieser Kern nicht als innere Ressource für den Rest des Lebens genügt (vgl. ebd., S. 139-140). -

Die Entwicklung im Bezug auf den Bedarf nach Selbstobjekten ist vielmehr darin zu sehen, welche Forderungen an die Selbstobjekte gestellt werden und wie stark die Forderungen ausfallen. - Das frühe Selbst des Kindes ist noch auf die archaische Kontaktweise der Verschmelzung mit den Selbstobjekten angewiesen. Im Verlauf einer gesunden Entwicklung schwächt sich das Verlangen nach Verschmelzung zu dem reifen Bedürfnis nach empathischer Resonanz ab (vgl. ebd., S. 126-127). Die reife Psyche des Erwachsenen wird diese Funktion mit der Hilfe eines Umfelds an Selbstobjekten verwirklichen können, das etwa aus seiner Familie, seinen Freunden, seiner Arbeit und kulturellen Ressourcen besteht (vgl. ebd., S. 129).

Denn wird im Erwachsenenalter ein reifes Selbstobjekt gewählt, schlagen sich die Erfahrungen mit allen Selbstobjekten früherer Entwicklungsstadien in dieser neuen Beziehung wieder. Das Gefühl innerer Erhebung bei der Bewunderung eines kulturellen Ideals kann unbewusst wesentlich gezeichnet sein von der frühen Kindheitserfahrung, in den Armen emporgehoben zu werden von einer Mutter, die es erlaubt hat, mit ihrer bewunderten Größe zu verschmelzen (vgl. ebd., S. 92).

Bis hierhin sind vor allem Grundbegriffe der Selbstpsychologie in gewissem Umfang definiert worden, damit ein erstes Verständnis vom Selbst und seiner Entwicklung Gestalt finden kann. Indem diese Grundbegriffe den Hintergrund abbilden, wird im folgenden reflektiert, wie eine Pathologie im Selbst und seiner Entwicklung zu erfassen ist.

2.5 Die Psychopathologie nach Kohut

Störungsbilder im Selbst manifestieren sich durch das zurückgedrängte oder ausgelebte Verlangen nach Selbstobjekten. Weil die archaischen Forderungen in der Kindheit nicht optimal frustriert wurden, konnte die Funktion der Selbstobjekte nicht umwandelnd verinnerlicht werden. Beim Erwachsenen, der ein gestörtes Selbst aufweist, klafft eine strukturelle Lücke, die weiterhin der Ausfüllung durch archaische Selbstobjekte harrt. -

Dennoch wurde bereits darauf hingewiesen, dass auch der psychisch gesunde Erwachsene auf Selbstobjekt-Aspekte in seinen Liebesobjekten angewiesen ist. Deswegen kann aus der Tatsache, dass eine andere Person als Selbstobjekt benutzt wird, noch kein Schluss auf eine psychische Abweichung gezogen werden. Der Unterschied zwischen Gesundheit und Krankheit kann nur als relativ aufgefasst werden (vgl. Kohut 2009, S. 188).

2.5.1 Entstehung der Psychopathologie

Oben wurde bereits dargestellt, dass sich eine pathologische Störung im Selbst durch den fortgesetzten Bedarf an archaischen Selbstobjekten kennzeichnet. Es wurde ebenfalls darauf eingegangen, dass dieser Bedarf bestehen geblieben ist, weil die maßlosen Bedürfnisse des Kindes nicht optimal, sondern traumatisierend frustriert wurden. An dieser Stelle soll nun geklärt werden, wie es dazu kommen kann, dass den Bedürfnissen des Kindes nicht angemessen entsprochen wird. Hierbei ist besonders der Begriff des Traumas einer leichten Neudefinition zu unterziehen. -

Kohut liegt es fern, zu bezweifeln, dass traumatische Ereignisse einen wichtigen Platz in der Genese psychischer Störungen einnehmen. Doch in der Mehrzahl der Fälle sind nicht isolierte Geschehnisse für die Störung verantwortlich zu zeichnen, sondern eine pathogene Persönlichkeit der Eltern und somit eine pathogene Atmosphäre, in der das Kind aufwuchs. Die als traumatisch qualifizierten Ereignisse konkretisieren oftmals im Dienst der Erinnerung ein bedrückendes emotionales Klima, in dem die Selbstobjekte eine chronische Armut an empathischen Reaktionen zeigten. Pathogen ist nicht das gelegentliche Versagen des Selbstobjekts, sondern seine dauernde Unfähigkeit, sich dem Kind empathisch angemessen zuzuwenden. Diese Unfähigkeit ist vorrangig als eine Psychopathologie der Persönlichkeit zu erklären (vgl. ebd., S. 187-188).

Diese Feststellung ist im Hinblick auf die Entwicklung des Kindes anzuwenden. Denn das Selbst des Kindes kann, wie oben beschrieben wurde, auch kompensatorische Strukturen ausbilden. -

So besteht das Bild der Psychopathologie narzisstischer Persönlichkeitsstörungen im Kern aus zwei Teilen, die genetisch auf die frühe Kindheit zurückzuführen sind. Zum einen sind hier die Defekte im psychischen Aufbau des Selbst zu nennen, zum anderen aber auch die sekundären Strukturformationen, die sich um die primären Defekte gebildet haben (vgl. ebd., S. 3).

Deswegen ist das Heranwachsen des Kindes nur dann pathologisch beeinträchtigt, wenn es in beiden Entwicklungsrichtungen der Strukturbildung durch Selbstobjekte gehemmt wurde, wenn sich ihm also sowohl das spiegelnde als auch das idealisierte Selbstobjekt versagt haben (vgl. ebd., S. 190). -

2.5.1.1 Konkret: Entstehung affektiver Störungen

Nach der Betrachtung dieses grundlegenden Schemas der Entstehung von Psychopathologie erscheint es mir hilfreich, das Schema mit klinischer Substanz zu füllen.

Beispielhaft sei hier das Zusammenspiel zwischen Selbst und Selbstobjekt im Hinblick auf die affektiven Störungen beschrieben. -

Bei der Nichterfüllung seiner Bedürfnisse verspürt das Kind eine Spannung, die Angst hervorruft. Die Angst bezieht sich auf eine mögliche Desintegration der ganzheitlichen Selbstbehauptung des Kinds. Im optimalen Fall nimmt das Selbstobjekt die Angst empathisch wahr. Durch taktile und vokale Kontaktaufnahme wird dem Kind ermöglicht, mit dem allmächtigen Selbstobjekt zu verschmelzen. Die im Aufbau befindliche Psyche des Kinds hat nun Anteil an der hochentwickeltesten psychischen Organisation des Selbstobjekts. Durch die Sinnesreizungen werden die Gefühlszustände des Selbstobjekts an das Kind so vermittelt, als ob es seine eigenen wären. Die hier betroffenen Gefühlszustände der Einheit von Selbst und Selbstobjekt sind: wachsende Angst – stabilisierte, milde Angst – Ruhe, Angstfreiheit (vgl. ebd., S. 86).

Aus dem beschriebenen Prozess geht hervor, dass die vollständige Reaktion des Selbstobjekts auf das Objekt zweiteilig ist: erstens kommt es zur empathischen Verschmelzung, um die Ausbreitung des Affekts zu verhindern. Zweitens wird das Selbstobjekt konkret bedürfnisbefriedigend tätig (beim Kind: Essensgabe, Windeln wechseln etc.). Für Kohut kommt dem ersten Schritt, der empathischen Verschmelzung mit dem Selbstobjekt, weit mehr strukturbildende Bedeutung zu als der tatsächlichen Befriedigung der Bedürfnisse. Selbst ernstliche Entbehungen, also starke Triebfrustrationen, können von einer psychologischen Umgebung aufgefangen werden, die sicher empathische Reaktionen bietet (vgl. ebd., S. 88).

Steht das Selbstobjekt der empathischen Verschmelzung nämlich nicht angemessen zur Verfügung, kann beim Kind der Aufbau einer zuverlässigen spannungsregulierenden Struktur nicht stattfinden. Es bleibt eine Schwäche zurück, Affekte zu beschwichtigen und Angst zu dämmen. Reagiert das Selbstobjekt hingegen in hypochondrischer Übersteigerung auf eine leichte Angst des Kindes, kann sich die Angst in der Verschmelzungserfahrung zur Panik steigern.

In diesem zweiten Fall kann eine fehlerhafte Struktur zurückbleiben, die a) zur übermäßigen Intensivierung von Affekten neigt. Kohut sieht hier Anleihen zum manischen Krankheitsbild. Oder es bleibt eine Struktur zurück, die b) auf eine Verflachung des Affekts hinstrebt, weil das Kind der Verschmelzung mit dem Selbstobjekt entkommen will, indem es sich gegen seinen übersteigerten Affekt abschirmt. Damit kann die Grundlage für eine Depression als affektive Störung gelegt sein. Demgegenüber ist die Depression im klassischen Modell, das die Dynamik von Trieben und Strukturen beschreibt, entweder eine ungezähmte Aggression, die vom Objekt auf das Selbst abgelenkt wird, oder ein sadistischer Angriff des Über-Ichs auf das Ich (vgl. ebd., S. 89). -

Ich habe die affektive Störung besonders daher als Beispiel zur Krankheitsentstehung herangezogen, weil dieses Störungsbild Aufschluss darüber verschafft, wie wichtig eine abgeschwächte empathische Reaktion für das gesunde emotionale Gleichgewicht des Kindes ist. Auch hierin ist die optimale Frustration zu sehen: die empathische Resonanz in der Verschmelzung ist nicht vollständig und wäre für die Entwicklung des Kinds solchermaßen auch abschlägig gewesen. -

Die Mutter nimmt das ängstliche Kind in die Arme und beruhigt es, doch sie hat nicht die vollständige Angst des Kindes als Signal für ihre Empathie wahrgenommen, sondern nur eine abgeschwächte Form von Angst. Hätte sie die Angst so verspürt, wie das Kind sie spürt, hätte sie nicht mit einer leichten Angst, sondern nur mit Panik antworten können (vgl. ebd., S. 148). -

Wie beschrieben, wären, je nach der verfestigten Reaktion des Kindes auf die Überempathie, manische oder depressive Charakterzüge erklärbar geworden. -

Darüber hinaus hätte ein Muster für solch dramatisches Agieren vonseiten der Mutter noch einem weiteren klinischen Störungsbild Vorschub leisten können. Denn das Kind hätte sich gegen die empathische Resonanz der Mutter auch schlichtweg abschotten können und sich so im

Erwachsenenalter aus Schutz vor Traumatisierungen vielleicht unfähig gezeigt, selbst empathisch wahrzunehmen (vgl. S. 148). -

Die klinische Bezeichnung für diesen Zustand ist die schizoide Persönlichkeitsstörung (siehe Punkt 2.8.).

2.6 Die Heilung des Selbst: Übertragung und Analyse

Bis zu diesem Punkt habe ich mein Augenmerk auf die Entstehung von Pathologie gerichtet. Im Hinblick auf affektive Krankheitsbilder wurde weitläufiger, im Hinblick auf andere Krankheitsbilder nur einschlussweise dargestellt, wie sich Kohut aus seinem Erklärungsmodell heraus die Entstehung dieser Störungen vorstellte.

Was mich an der Selbstpsychologie fasziniert sind allerdings nicht besonders geistreiche Wendungen bei der Suche nach ätiologischen Faktoren, sondern es ist der starke Akzent, den Kohut auf die Möglichkeit der Heilung, der Wiederherstellung eines angeschlagenen Selbst setzt.

Als Psychoanalytiker ist für Kohut der natürliche Ort dieser Wiederherstellung die psychoanalytische Therapie, in der Form, in der er zu ihrer Fortentwicklung beigetragen hat.

Deswegen möchte ich als ersten Schritt im Sinne Kohuts wiedergeben, wie er die therapeutische Situation in der Psychoanalyse versteht.

Kohut definiert die Übertragung als das Wiedererwecken der archaischen Selbstobjektbedürfnisse des Patienten und ihre Ausrichtung auf den Analytiker, der nun mit dem Ausfüllen einer optimal frustrierenden Rolle stellvertretend die funktionelle Unzuverlässigkeit der Selbstobjekte wiedergutmachen soll, die die archaischen Bedürfnisse in der Kindheit traumatisch frustriert hatten.

-

In der Analyse wird die Übertragung durch innere Faktoren in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten definiert. Durch Interpretationen, die auf angemessener oder unzulänglicher Empathie beruhen, kann der Analytiker den Fortschritt des Patienten auf seinem innerpsychisch vorgegebenen Weg nur entweder fördern oder behindern. Die Selbstobjektbedürfnisse, die bis ins Erwachsenenalter erhalten geblieben sind, bestimmen die Art der Übertragung: spiegelnd oder idealisierend. Die Hauptbewegung der Übertragung bezieht sich also auf eine Entwicklungsaufgabe, die noch ihres Abschluss harret. Es ist die gebündelte Intensivierung eines erneuten Versuchs, einen strukturellen Defekt auszufüllen (vgl. ebd., S. 217). -

Erneut richtet der Patient an seine Selbstobjektumgebung, die sich diesmal im Analytiker fokussiert, die Forderung nach voller, perfekter Empathie. Natürlich bleibt diese Forderung auch in der Analyse unerfüllbar. Gemäß dem erwachsenen Verständnis des Patienten kann der Analytiker ihm aber nun erklären, weshalb seine Forderungen unangemessen sind, warum er sie stellt und warum es ihn derart verstört, wenn sie nicht erfüllt werden können. -

Auch hier wird es nicht ausbleiben, dass sich das Verständnis, das der Analytiker von seinem Patienten hat, als unzureichend erweist und seine Erklärungen fehlerhaft sind (vgl. ebd., S. 124). Hieraus entsteht kein Schaden, wenn der Analytiker die Rückzugsbewegungen des Patienten erkennt und sie mit angemessenen Interpretationen auffängt. Auf diese Weise können die Fehler als optimale Frustrationen wirken. Jede dieser optimalen Versagungen ist mit einem Anwachsen der Widerstandskraft des Patienten gegenüber anderen empathischen Versagungen innerhalb und außerhalb der Analyse verbunden. Das bedeutet, dass durch jede dieser Verfehlungen Strukturen

erworben oder gefestigt werden, die eine größere funktionelle Unabhängigkeit des eigenen psychischen Aufbaus des Patienten verbürgen (vgl. Kohut 1991, S. 124).

Die Umwandlung der Funktionen des Selbstobjekt-Analytikers in psychische Strukturen hat dann einen zufriedenstellenden Punkt erreicht, wenn die Strukturen relativ unabhängig Muster von Initiative und innerer Führung generieren können. Diese Muster sind die Ambitionen und Ideale (vgl. Kohut 2009, S. 135).

Hervorzuheben ist, dass Kohut ein geheiltes Selbst vorrangig als ein Selbst definiert, das seine innere Konstellierung von Ambitionen und Idealen in Schaffensprozessen zum Ausdruck bringt. - Somit besteht eine sich gegenseitig bestärkende Beziehung zwischen der Integrität des Selbst und erfüllender Kreativität und Produktivität. An der Fähigkeit, zu schaffen, kann die Gesundheit des Selbst gemessen werden. Diese Einsicht findet sich nicht zuletzt dadurch bestätigt, dass manche Patienten, um das Auseinanderbrechen des Selbst zu verhindern, sich in eine manische Intensivierung einzelner geistiger oder physikalischer Tätigkeiten versteigern (vgl. ebd., S. 158). - Ist das Selbst aber geheilt, besteht ein ständiger psychischer Energiefluss von Ehrgeiz zu Ideal, der kreative Prozesse hervorbringt, die den gesunden Anteilen des Selbst Ausdruck verschaffen können (vgl. ebd., S. 53-54).

Für mich spricht es für das Vertrauen, dass die Selbstpsychologie dem Heilungspotential im Selbst entgegenbringt, wenn Kohut eine Analyse für beendet erklären kann, obwohl die psychopathologische Insuffizienz in einem der Pole des Selbst weiterhin Bestand hat. Dies schließt nämlich nicht aus, dass befriedigendes kreatives Wirken dennoch innerpsychisch angeregt werden kann. -

Denn aufgrund des doppelt gepolten Selbst sieht Kohut auch zwei Wege, wie die Analyse enden kann: einmal mittels der Durchdringung der defensiven Strukturen und des Durcharbeitens der Auswirkungen und Ursprünge des primären Defekts, sodass die vormals funktional unergiebig Struktur nun funktional verlässlich wird – des weiteren aber auch durch die kognitive und affektive Beherrschung der kompensatorischen Strukturen, sodass sie verlässlicher als bisher einen Kontrapunkt zum bestehen bleibenden primären Defekt setzen können (vgl. ebd., S. 4-5).

Betont werden sollte an dieser Stelle allerdings nochmals die immer bleibende Angewiesenheit des Selbst auf ein empathisches Umfeld. Dies trifft bei einer eingangs glücklichen genauso wie bei einer wiederhergestellten Entwicklung zu, die in der Kindheit durch unempathische Reaktionen zum Stillstand gebracht wurde. -

Im Heilungsprozess gewinnt das Selbst des Patienten zwar an Stärke, doch wird dadurch nicht unabhängig von Selbstobjekten. Im Gegenteil, die Wiederherstellung des Selbst erhöht seine Fähigkeit, die Selbstobjekte zu seiner eigenen psychischen Unterstützung zu verwenden und eine größere Freiheit in der Wahl der Selbstobjekte zu gewinnen. In der therapeutischen Wiederherstellung des Selbst erkennt der Patient, dass entgegen den Erfahrungen seiner Kindheit ein Echo auf sein Bedürfnis nach empathischer Resonanz in dieser Welt tatsächlich erschallen kann (vgl. Kohut 1991, S. 139-140). -

Es gelten demnach im vollen Umfang die Feststellungen, die bereits bezüglich einer psychisch geglückten Entwicklung getroffen wurden.

Allein an dieser theoretischen Reproduktion des Therapieprozesses wird schon erkennbar, dass die selbstpsychologisch orientierte Analyse gegenüber einer offeneren emotionalen Atmosphäre aufgeschlossener ist als die klassische Analyse (vgl. Kohut 2009, S. 253-255). Weiterhin sichert Kohut die Praxis der echt menschlichen Erfahrung dadurch theoretisch ab, dass er sie gegen einen Vorwurf verteidigt, der vonseiten der klassischen Theoriebildung erhoben werden kann.

2.6.1 Orale Abhängigkeit?

Kohut verwarnt sich dagegen, dass in seiner Art, sich einem Patienten zuzuwenden, vor allem die Gefahr des Schaffens eines Abhängigkeitsverhältnisses gesehen wird.

Demnach kann die Anwendung des metapsychologischen Konzepts leicht zu einem Missverständnis des Verhaltens des Patienten in der analytischen Situation führen. Die emotionale Abhängigkeit vom Analytiker wird als orale Anhänglichkeit beschrieben, die in vielen Fällen ein regressives Ausweichen vor den Konfrontationen und Ängsten der zentralen ödipalen Übertragung darstellt. Das Verhalten des Patienten wird als das Vorleben eines Infantilismus beschrieben, mit dem er der Gegenüberstellung mit dem ödipalen Rivalen und der Furcht vor seiner Rache ausweichen will. Des Weiteren kann die innige Bindung des Patienten an den Analytiker im klassischen Modell auch als eine Triebfixierung auf orale Ziele und ein Entwicklungsstillstand im Ich verstanden werden. In diesem Fall sind dem Analytiker edukative Appelle anempfohlen, auf dass der Patient seine infantilen Ziele aufgeben und reifen möge.

Für Kohut zeigt sich in den meisten der Fälle emotionaler Abhängigkeit vom Analytiker jedoch eben keine orale Anhänglichkeit, ob sie nun als sekundäre Flucht oder primäre Fixierung erklärt wird. Vielmehr ist die Abhängigkeit die Manifestation eines archaischen Zustands, ein narzisstisches Übertragungsbedürfnis.

Übertragungsphänomene, die bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen hervortreten, sind daher nicht mithilfe des klassischen Modells erklärbar. Zwar sind psychische Konstellationen denkbar, bei denen der therapeutische Hebel zu Recht am Ödipuskomplex angesetzt wird. Doch Kohut glaubt, dass es in diesen Fällen auch vorkommt, dass eine primäre Störung des Selbst gebessert wird, obwohl die Pathologie des Selbst und die relevanten strukturbildenden Durcharbeitungsprozesse vom Analytiker nicht wesentlich berücksichtigt wurden. Es ist dann eine empathische Grundhaltung des Analytikers und nicht die interpretative Leistung im Rahmen des Ödipuskomplexes, die zu einer Verbesserung beiträgt (vgl. ebd., S. 71-72).

2.7 Die Strukturneurose: Übertragung und Analyse

Der angekündigte große Schwenk im zweiten Teil dieser Arbeit wird nun vorgenommen werden. Der Schwenk muss groß, die Bewegung muss abrupt sein, damit auch aus der Anordnung der Kapitel ersichtlich wird, dass ich im Text einen Kontrast aufbaue, und, wie an dieser Stelle: einen Kontrast setze. Die Fragestellung nach der Pathologie in der Selbstpsychologie wird in einer großen und abrupten Bewegung auf die Freud'sche Metapsychologie verschoben. Insbesondere gerät in das Augenmerk der Betrachtung, welche Vorstellungen Freud mit der Analysesituation verbindet.

Im ersten Teil der Arbeit habe ich bereits einen Umriss des klassischen psychoanalytischen Modells gezeichnet. Dieser Umriss diente nur als Ergänzung zur Kohuts eigener Wiedergabe der Freud'schen Metapsychologie und den vielen Querverweisen, die er im Verlauf der Erklärung seiner Ideen auf sie vornimmt. Im Hinblick auf die Darstellung im ersten Teil wird Kohuts eigener Abriss des klassischen Modells somit verständlicher gemacht werden können. Wenn ich hier in Ansätzen Kohuts Wiedergabe der Metapsychologie aufzeichne, geschieht dies demnach keineswegs, weil ich der Meinung wäre, dass Kohut diese Metapsychologie auf sehr originelle Weise interpretiert. Das Gegenteil ist der Fall. Kohut erreicht eine Begriffsklarheit, die nachzuahmen kaum erreicht werden könnte.

Jedoch denke ich, dass es auch in der Abwesenheit von verkürzender Interpretation bedeutsam ist, wie ein Tiefenpsychologe die Theorie aufgreift, von der er sich zugleich absetzt. Denn seine Auswahl kann nicht anders als im Dienst des Zeichnens einer schärferen Kontur seines eigenen

Modells stehen. Außerdem bereite ich mit dieser mehr generellen Übersicht Kohuts konkrete Umdeutungen klassischer neurotischer Phänomene vor.

Den konzeptuellen Rahmen von Freuds Metapsychologie bildet ein mentaler Apparat, der von Trieben in Bewegung gesetzt wird, das heißt von Kräften, die nach ihrem Ausdruck drängen und mit Gegenkräften im Konflikt liegen. Ohne diesem Modell die Bedeutung im Hinblick auf eine Erklärung der Strukturneurosen absprechen zu wollen, meint Kohut, dass es zur Beschreibung der Störungen des Selbst nicht hinreichend relevant ist (vgl. ebd., S. 70-71). -

Von Strukturneurosen wird gesprochen, wenn die drei Strukturen des mentalen Apparates nicht so zusammenwirken, dass sie dem Menschen ein psychisch relativ ungestörtes Leben ermöglichen. Als sichtbares Phänomen entsteht hierbei die psychische Störung der Neurose. Forderungen des Es nach Triebbefriedigung stoßen sich an den Bedingungen der Realität und den Mahnungen des Gewissens. -

Die Strukturneurose entsteht, weil es zu einer unbefriedigenden Lösung des Konflikts zwischen den Strukturen kommt. Die Strukturen sind jedoch hinreichend intakt, ehe der Konflikt eingegangen wird (vgl. ebd., S. 2).

In der klassischen Perspektive auf die Strukturneurosen erscheint der Inhalt der ödipalen Situation, erscheinen die Konflikte des Kindes, als genetisch primär und strukturell zentral, währenddessen sie unter der selbstpsychologischen Perspektive nur einen sekundären Platz einnehmen. Als sekundär qualifizierte Freud das Entwicklungsbild und die Modulation der Angst, insofern sie losgelöst vom Inhalt, wie der Phantasie der drohenden Kastration betrachtet wird. Phänomene wie die Neigung zur Ausbreitung der Angst und die Ausweichbewegungen, die der Patient unternimmt, um sich gegen die Angst zu schützen, nehmen in der selbstpsychologischen Darstellung hingegen die primäre und zentrale Stellung ein (vgl. ebd., S. 56-57). -

In der klassischen Analyse sollen die Übertragungen eine Wiederholung der Kindheitserfahrungen abbilden. Die genetischen Rekonstruktionen beziehen sich daher auf den konkreten Erfahrungsgehalt traumatischer Situationen. Bei den Selbstobjektübertragungen steht jedoch der Inhalt der Erfahrungen nicht im Vordergrund, sondern die Art und Weise, wie die Selbstobjekte die strukturelle Bildung des Selbst beeinflusst haben. In der Übertragung findet die Reaktivierung von strukturbildenden Versuchen statt, die in der Kindheit gescheitert sind. Strukturbildende Prozesse sollen nun durch die umwandelnde Verinnerlichung nachgeholt werden (vgl. ebd., S. 173). -

In der Neudefinition der Übertragung ist eine deutliche Verschiebung der Konzentration von psychischen Inhalten, die kognitiv umfasst werden können, zu psychischen Strukturen erkennbar. Kohut sieht sich hier jedoch in einer Entwicklungsrichtung, die bereits von Freud tendenziell vorgegeben und von seinen Nachfolgern ausgebaut wurde. -

Nach Kohut ist das Gütemaß der Wissensanreicherung, das in den frühen Tagen der Psychoanalyse sehr bedeutsam war, für die moderne Psychoanalyse kein zentraler Aspekt mehr. Selbst Freud wich bei den Konfliktneurosen davon ab, sein Augenmerk auf den topographischen Wissensaspekt, das Unbewusste bewusst zu machen, zu richten. Im Strukturmodell von Es, Ich und Über-Ich, das er nach dem Modell der topographischen Bewusstseinsstufen entwickelte, findet sich eher die Ausweitung der Kontrolle des Ichs betont (vgl. ebd., S. 135).

Doch auch bei der Anwendung des Strukturmodells ist für Freud die Auflösung der Kindheitsamnesien ungebrochen die Voraussetzung der Heilung der Psychoneurosen. Aus selbstpsychologischer Sicht stellt Kohut fest, dass das Wiedererinnern nur dann von entscheidender Bedeutung für die Gesundung des Selbst ist, wenn Unterbrechungen in der Kontinuität des Selbst

durch die Einnahme des historischen Standpunktes überbrückt werden können. Indem sich das Selbst in der wiedererinnerten Vergangenheit erkennt und in eine imaginierte Zukunft projiziert, kann sich seine Festigkeit stärken. Kohut bezweifelt jedoch den alleinigen Wert des Wiedererinnerns. Marcel Proust hat in seiner „Suche nach der Verlorenen Zeit“ eine gewaltige literarische Anstrengung der Erinnerung unternommen, doch Kohut hegt Zweifel daran, ob es ihm dadurch gelang, die fortdauernde Einheit seines Selbst wiederzugewinnen. Merkmale von bleibender Fragmentierung in seinem Werk sprechen dagegen, wie die minutiöse, weitläufige Beschreibung einzelner Details der Erfahrungswelt und die versenkte Kontemplation des Erzählers von einzelnen Gedankenprozessen und Körperfunktionen (vgl. ebd., S. 180-182).

Dem Wiedererinnern kommt in der selbstpsychologischen Analyse somit keine inhaltliche, sondern nur eine strukturelle Funktion zu. Das heißt, bei der Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen ist das Wiedererinnern der Ereignisse aus der Kindheit als prinzipiell beendet zu werten, wenn der Sinn für die dauernde Gleichheit des Selbst entlang der Zeitachse prinzipiell wiederhergestellt ist. In der klassischen Behandlung der Strukturneurosen ist das Ziel des Erinnerns jedoch, die unbewussten Anteile der Strukturkonflikte inhaltlich aufzudecken und somit einer bewussten Lösung zugänglich zu machen (vgl. ebd., S. 183-184).

Wie erwähnt sieht Kohut das Moment einer Entwicklung von Inhalt zu Struktur bereits in der Freudschen Psychoanalyse vorgezeichnet. Dennoch markiert er die bleibende Grenze zwischen einer Tiefenpsychologie, die sich an den funktionellen Bestandteilen des Selbst orientiert, und einer solchen, die trotz der Fortentwicklungen dem Primat der kognitiven Durchdringung verhaftet bleibt. Denn es macht für Kohut keinen wesentlichen Unterschied, ob in der klassischen Psychoanalyse das Ziel der Bewusstmachung mehr kognitiv als Übergang von den Primär- zu den Sekundärprozessen oder mehr dynamisch als Bewegung vom Lustprinzip des Es zum Realitätsprinzip des Ich beschrieben wird. In beiden Fällen ist der Unterschied deutlich zu einer Analyse, die die Funktion des Erinnerns in der Stärkung der Integrität des Selbst sieht (vgl. ebd., S. 183-184). -

Hingegen wird bei der klassischen Behandlung der Strukturneurosen von einer vollständigen analytischen Arbeit ausgegangen, wenn der Patient seine sexuell geprägte Liebe für die gegengeschlechtliche Elternfigur bewusst anerkannt hat und ebenfalls seinen Hass für den Rivalen des gleichgeschlechtlichen Elternteils begreift. Dieser Hass als auch die Liebe beginnen in der ödipalen Phase und überdauern bei den Strukturneurosen unaufgelöst bis in das Erwachsenenalter. Sobald sich der Patient von den emotionalen Verstrickungen seiner Kindheit durch eine gestärkte Ich-Kontrolle befreit hat, kann er seine Emotionen gereifter ausdrücken. Er wird sich entweder in Zuneigung oder Ärger den Objekten seines jetzigen Lebens zuwenden, ohne unbegründet in die Extreme von Liebe und Hass zu verfallen. Letztlich ist es die relative Freiheit von den objekt-instinktuellen Nachwirkungen der ödipalen Phase, an der der Erfolg einer klassisch psychoanalytischen Behandlung gemessen wird (vgl. ebd., S. 2). -

Mit der Bewusstmachung des Ödipuskonflikts und dem Gewinnen von bewusster Ich-Kontrolle über dieses emotionale Spannungsfeld ist jegliche Strukturneurose final aufgelöst, selbst, wenn die Symptome nicht auf eine ödipale Fixierung schließen lassen. Denn wie oben beschrieben, sind diese Symptome entweder eine Flucht vor dem Ödipuskonflikt oder sie drücken tatsächlich eine Fixierung auf eine frühere Entwicklungsstufe aus. Im letzteren Fall steht nach ihrer Durcharbeitung zur Reifung der Psyche immer noch die Auflösung des Ödipuskonflikts an, der bisher nicht eingegangen wurde und nun durch Übertragung mit dem Analytiker eingegangen wird. Letztlich entscheidet sich psychische Gesundheit oder Krankheit im klassischen Modell am Ödipuskomplex. Aus diesem Grund werde ich Kohuts Neubewertung dieses Konflikts weiter unten ausgiebig betrachten.

2.8 Die diagnostische Unterscheidung zwischen Strukturneurosen und Selbstpathologien

Der Schwenk ist beendet und das Pendel nimmt die Gegenbewegung auf, doch bleibt in der Mitte stehen. Der Punkt, an dem es stehen bleibt, ist freilich weiterhin eine Position des Kontrasts.

Über den Umweg der Charakterisierung des Therapieprozesses sind jetzt sowohl die Sicht der Selbstpsychologie als auch der klassischen Metapsychologie auf eine psychischen Störung voneinander abgegrenzt. In dieser Position wird es sogleich zum Gegenstand des Interesses, wie ein Analytiker unterscheiden soll, welche Sichtweise für die Behandlung eines konkreten Falls angebracht ist.

Bei den Strukturneurosen ist die Angst des Patienten auf spezifische, inhaltliche Gefahren gerichtet und betrifft nicht den Zustand des Selbst. Bei den Pathologien, die im besonderen Maß Gegenstand der Selbstpsychologie sind, ist die Angst bestimmt von der Desintegration des Selbst, doch nicht von den Gefahren, die den Prozess der Auflösung auslösen. Die Unterscheidung zwischen diesen Ängsten lässt sich nur durch eine langdauernde empathische Anteilnahme an der Psyche des Patienten erkennen. Umschriebene Ängste konkreter Gefahren betreffen vorrangig die Angst vor dem Verlust der Liebe des Liebesobjekts und die Kastrationsangst. Die Ängste können sich entweder auf tatsächliche Situationen beziehen oder vom Über-Ich initiiert sein. Zuerst können dem Analytiker diese Ängste aber als undeutliche Spannungszustände erscheinen, die sich nur allmählich zu einer verbalisierten, konkreten Gefahr verdeutlichen. Eine intensive, aber unbestimmte, breitgestreute Angst zeigt sich hingegen bei einer beginnenden Desintegration des Selbst. Symptomatisch erkennbar ist etwa ein ernstlicher Verlust an Initiative, ein starker Abfall in der Selbstachtung oder das Gefühl völliger Sinnlosigkeit. Die nicht umschriebene Angst vor der Fragmentierung des Selbst lässt sich jedoch oftmals nur durch konkret umschriebene Gleichnisse darstellen. Deswegen kann eine konkrete, verbalisierte Angst, wie die Kastrationsangst, tatsächlich die tiefe Unruhe des Patienten über die Veränderungen in seinem Selbst wiedergeben. Kohut meint, dass Freud dieses schwer fassliche Unbehagen schon im Rahmen des klassischen Modells zu konzeptualisieren versucht hat. So spricht Freud von der Angst, von der Libido überwältigt oder ausgelöscht zu werden. Er hat hier quantitative Faktoren im Blick, die durch das Auslösen einer übermäßigen Erregung den mentalen Apparat überfordern. Kohut wendet aber ein, dass sich der Patient nicht vor der Stärke des Triebs fürchtet, sondern vor der Desintegration des Selbst, die erst das maßlose Erstarken der Triebenergien nach sich ziehen kann (vgl. ebd., S. 102-104). -

2.8.1 Behandlung aufgrund der diagnostischen Unterscheidung

Obwohl Kohut also daran festhält, dass sich zwischen Strukturneurosen und Selbstpathologien anhand ihrer klinischen Manifestationen trennen lässt, vertritt er den Standpunkt, dass selbst das psychische Zustandsbild der Strukturneurose im klassischen Modell nur verkürzt wiedergegeben werden kann. Die Gewichtung der Darstellung liegt damit jetzt mehr auf der Selbstpsychologie, obgleich die relativ ausgeglichene Position des Kontrasts, die bei der diagnostischen Unterscheidung eingenommen wurde, nicht ganz aufgegeben wird.

Es ist lohnenswert, Kohuts Überlegungen zum psychoanalytischen Grundsatz der Nicht-Analysierbarkeit des Psychotikers hinzuzunehmen. Wiederum hält Kohut prinzipiell an dieser These fest, weist aber auch hier darauf hin, dass die Selbstpsychologie immer einen Behandlungsansatz, so abgegrenzt er auch sein mag, finden kann. Der Grund hierfür ist schlicht die zentrale Bedeutung des Selbst oder seiner Vorstufen als übergeordnete Konfigurationen im

psychischen Leben jedes Menschen, gleichgültig des strukturellen Zustands seiner Psyche. -

Zwar steht außer Frage, dass die Psychologie des Selbst am geeignetsten Anwendung findet, wenn beim Patienten vor allem eine gestörte Selbstakzeptanz oder eine Fragmentierung des Selbst vorliegt, wie es bei den narzisstischen Persönlichkeitsstörungen der Fall ist. Es mag schlüssig erscheinen, von den Erkenntnissen der Selbstpsychologie abzusehen, wenn das Selbst nur in residualer Form vorliegt, wie bei den extremen Fällen von Regression oder schwerer psychologischer Desorganisation (vgl. ebd., S. 93). Wenn das Selbst nicht als unabhängiges Zentrum und Erfahrungsort für bedeutende Schwankungen der Selbstachtung besteht, scheint es nur folgerichtig, dass die Triebe den Fokus der Betrachtung einnehmen und daher das klassische Modell zu einer Beschreibung des Zustandsbilds herangezogen werden muss. Es scheint, durch Konzentration auf isolierte Triebkonflikte kann der Erfahrungswelt des schwer regredierten Psychotikers nahegekommen werden. Doch selbst in diesem Zustand findet die funktionale Ersetzung des Selbst durch die Selbstobjekte statt. Deswegen ist auch hier die Aufmerksamkeit vorrangig auf die Beziehung zwischen dem Selbst und den Selbstobjekten zu richten, die die Fragmentierung des Selbst erhöht oder mildert. Laute, lärmende Triebkonflikte sind als Desintegrationsprodukte zu verstehen, die auf das tatsächliche kausale Geschehen zurückzuführen sind: eine Umgebung, die als unempathisch erlebt wird (vgl. ebd., S. 94-95).

Des Weiteren ist man geneigt, eine Inanspruchnahme der Selbstpsychologie für nicht geeignet zu halten, wenn es um die Behandlung von Patienten geht, die eine gefestigte Integration des Selbst zeigen – konkret ist hiermit eben die klassische Strukturneurose wie der Ödipuskomplex gemeint, bei der sich die Veränderungen in der Selbstachtung des Patienten in geregelten Bahnen halten (vgl. ebd., S. 93-94).

Beim Beispiel der Strukturneurose gesteht Kohut erst einmal grundsätzlich zu, dass die klassischen Erklärungen der Strukturneurosen als erfolgreich angesehen werden können, obwohl sie die psychische Konfiguration des Selbst außer acht lassen. Um dies zu veranschaulichen, bedient er sich einer Analogie aus der Algebra. Ein integriertes Selbst nimmt sowohl auf der Trieb- als auch der Widerstandsseite des Strukturkonflikts teil und muss somit in der psychologischen Gleichung nicht eigens aufgeführt werden. Kohut gibt jedoch zu denken, dass auch bei psychischen Konflikten, die in einem gesicherten Selbst ausgetragen werden, die selbstpsychologische Betrachtungsweise das Verständnis erweitern kann. Denn der Erfolg oder das Scheitern libidinöser und aggressiver Strebungen kann zu Veränderungen der Selbstachtung führen, die von Gefühlen des Triumphs bis zur Niedergeschlagenheit reichen. Diese Veränderungen sind sekundär und der Pathologie der Strukturneurose nicht kausal zuzurechnen, doch können sie sich zu wichtigen Faktoren im psychischen Zustandsbild des Patienten ausgestalten (vgl. ebd., S. 96-98). -

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Selbstpsychologie in jedem Fall ein erweitertes Verständnis einer psychischen Störung anbieten kann, auch dann, wenn eine Behandlung nach der klassischen Psychoanalyse angezeigt scheint. An diesem Beharren auf den weiteren Erklärungshorizont der Selbstpsychologie wird eben deutlich, dass sich Kohut in „Die Heilung des Selbst“ dezidiert davon verabschiedet hat, nur eine Methode im Rahmen der klassischen Analyse zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbilds anbieten zu wollen. Die obigen Überlegungen können deutlicher nicht machen, dass Kohut der psychoanalytischen Gemeinschaft eine globale neue Sichtweise vorstellt, die die Betrachtung jeder einzelnen Pathologie mit einem Zugewinn an Verständnis bereichern kann.

Dieser Zugewinn an Verständnis soll im weiteren anhand spezifischer Störungsbilder offengelegt werden. Dem geht eine analytische Klassifizierung der Pathologien voraus, damit die spezifischen Störungsbilder als das eingeordnet werden können, was sie sein sollen: ein Möglichkeitsfeld für therapeutische Veränderung. Dabei beschränke ich mich in der Darstellung, Kohut folgend, auf die

Möglichkeit der psychoanalytischen Veränderung. Erst im dritten Teil der Arbeit wird die Frage erörtert werden, ob sich diese Art der Veränderung von der Möglichkeit therapeutischer Heilung unterscheidet, die der Rahmen der klinischen Sozialarbeit gewährt.

2.9 Selbstpsychologische Klassifizierung der Psychopathologien

Kohut hält drei Formen der Psychopathologie für nicht analysierbar. Nicht analysierbar bedeutet, dass der entscheidende pathologische Sektor nicht in Selbstobjektübertragungen eingeht und somit auch nicht durchgearbeitet werden kann (vgl. ebd., S. 192-193).

Diese Möglichkeit ist nicht gegeben, weil es das Kernselbst selbst ist, das einer erheblichen Fragmentierung ausgesetzt ist (vgl. ebd., S. 93).

Generell trifft es zu, dass die Selbstpsychologie heilt, indem sie psychische Struktur grundlegt. Doch hier bleibt eine Unterscheidung bestehen: das Kernselbst als Konstellierung von Ambitionen und Idealen, zwischen denen sich potentiell eine zukunftsweisende Spannung entzündet, kann in der psychoanalytischen Behandlung nicht neu geschaffen werden. Die strukturellen Beisteuerungen im Prozess der psychoanalytischen Behandlung, so weitreichend sie auch sein mögen, sind nicht in der Lage, ein Kernselbst entstehen zu lassen (vgl. Kohut 1991, S. 173-175). -

Unter dem Gesichtspunkt der Behandlung nach der diagnostischen Unterscheidung wurde bereits darauf eingegangen, dass Kohut der Psychoanalyse eine größere und tiefere Möglichkeit für Verbesserungen des Zustands zutraut, als es sich die klassische Psychoanalyse zutraut, wenn sie sich nicht-analysierbaren Patienten gegenüberfindet. Wie jedoch auch erwähnt wurde, ändert dies nichts an der Tatsache, dass Kohut an der Unterscheidung zwischen analysierbar und nicht-analysierbar festhält.

Als die drei nicht-analysierbaren Pathologien nennt Kohut zum einen die Psychosen, die den langdauernden Zerfall oder die permanente Schwäche des Selbst anzeigen; dann die Borderline-Störungen, bei denen das Selbst auf dieselbe Weise angegriffen ist, aber seinen Zustand durch defensive Strukturen überdecken kann; und schließlich die schizoiden oder paranoiden Persönlichkeiten, die durch Gefühlsflachheit oder Feindlichkeit auf emotionale Distanz zu den Mitmenschen gehen – sie weichen Selbstobjektbeziehungen wegen der Angst aus, dass sich ihr bereits unsicheres Selbst bis hin zum psychotischen Bruch traumatisieren könnte.

Davon abzuheben sind die analysierbaren narzisstischen Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen. Sie lassen sich darin unterscheiden, ob pathologisch generierte Phantasien in konkretes Verhalten umgesetzt werden oder nicht (vgl. Kohut 2009, S. 192-193). In letzterem Fall ist die Deprivation durch die Selbstobjekte in der Entstehungszeit der Pathologie größer als bei den bloßen Persönlichkeitsstörungen gewesen (vgl. ebd., S. 195-196). -

Im folgenden beginne ich eine Rundschau klinischer Störungsbilder, die ich entweder für historisch von Bedeutung halte oder die mir in der ein oder anderen Abwandlung in meinen bisherigen Praktika im Feld psychosozialer Versorgung begegnet sind. Die Auswahl, die ich treffe, um den dialektischen Kontrast zwischen Freud und Kohut zu schaffen, ist somit stark persönlich gefärbt und hätte anders, wahrscheinlich auch anders besser getroffen werden können. Systematisch einigt die Störungsbilder in dem Sinne nur, dass sie den analysierbaren Pathologien zuzurechnen sind.

Mein Ziel in der Rundschau bleibt, die klinische Brauchbarkeit der Selbstpsychologie für den

Sozialarbeiter über den Weg ihrer erfahrungsnahen ätiologischen Deutungen zu vermitteln. Ich betone nochmals, dass die Gegenüberstellung der Ansätze Kohuts mit den Theorien Freuds keine ausführliche Darstellung des Freudischen Modells beinhalten muss, sondern allein Zwecken der besseren Präzisierung durch Abgrenzung dient. Freud ist der Gegenakkord, damit Kohut umso klarer erklingt.

2.9.1 Der Ödipuskomplex - Revisited

Nach der klassischen Psychoanalyse ist der Ödipuskomplex Bestandteil der phallisch-genitalen bzw. ödipalen Entwicklungsphase des Kindes. Ihm kommt eine zentrale Bedeutung zu, weil der Ausgang des Konflikts wesentlich über die strukturelle Ausgestaltung des psychischen Apparats bestimmt.-

Im Ödipuskomplex besteht die sexualisierte Liebe zum gegengeschlechtlichen Elternteil und der Hass gegen den gleichgeschlechtlichen Rivalen, als auch die Furcht vor ihm. Diese Furcht zeigt sich insbesondere beim Jungen als Kastrationsangst. - Im männlichen Geschlecht wird sie erkennbar als Passivität gegenüber einem anderen Mann, im weiblichen Geschlecht als die Verurteilung der eigenen Weiblichkeit (vgl. ebd., S. 117). -

Sie klassische Theorie betont die Universalität des Ödipuskomplex und der mit ihm verbundenen emotionalen Extreme von Liebe und Hass. -

Dieser Konflikt kann von dem Kind offensichtlich nicht durch bewusste Entscheidungen und äußere Handlungen aufgelöst werden, sondern nur durch massive innerpsychische Anpassungen. Diese Anpassungen betreffen somit die einzelnen Teile des psychischen Apparats. Der Grad an Erfolg in der Unterdrückung des sexuellen Verlangens nach dem gegengeschlechtlichen Elternteil entscheidet wesentlich über die funktionelle Gestalt des Es. Der Erfolg in der Internalisierung des Bildes des gehassten gleichgeschlechtlichen Rivalen prägt das funktionelle Gewicht des Über-Ichs. Eine zu geringe als auch übermäßige Abwehr der Triebimpulse kann zu Ungleichgewichten im mentalen Apparat führen. Im Ausgang des Konflikts bilden sich das archaische Es und das archaische Über-Ich. Werden die Kräfte dieser archaischen Strukturen sicher in Schranken gehalten oder durch zwischengeschaltete Strukturen neutralisiert, ist die autonome Funktionsfähigkeit des Ich gewährleistet. Sind die archaischen Strukturen in ihrem Ausdruck aber nicht hinreichend moduliert, entsteht die ödipale Neurose (vgl. ebd., S. 225-227). -

Kohut macht in der Beziehung zwischen den Ödipalneurosen und Störungen des Selbst zwei wesentliche klinische Konstellationen aus: entweder ist ein emotionaler Rückzug von den Konflikten der ödipalen Phase mit einer Hinwendung zu narzisstischen Zielen verbunden oder das drohende Gefühl der Leblosigkeit eines fragmentierten Selbst wird mit der Eröffnung eines fiktiven Ödipuskonflikts zurückgehalten. Zwar bestehen Fälle, in denen eine narzisstische und eine ödipale Pathologie beidermaßen in der Übertragung aktiviert werden, doch liegt die Pathologie im Regelfall als einzige Form vor (vgl. ebd., S. 224-225). -

Auf die diagnostische Unterscheidung zwischen tatsächlichen Strukturneurosen und Störungen des Selbst wurde bereits eingegangen und der Ödipuskomplex ist ein konkreter Fall dafür, dass das diagnostische Vermögen eines Psychoanalytikers entscheiden muss, welches Störungsbild ihm im Patienten begegnet und wie er dementsprechend seine genetisch-dynamischen Erklärungen ausrichten sollte.

2.9.1.1 Die geglückte ödipale Phase: freudig erregte Selbstbehauptung

Da die klassische Theorie die ödipale Entwicklungsphase untrennbar mit dem Ödipuskomplex

verbindet, kann sie kein Denken integrieren, dass die Möglichkeit eines emotional durchweg positiven Erlebnisses für das Kind postuliert. Sie betont die Universalität des Ödipuskomplexes und die mit ihm verbundene Angst vor Kastration.

Für Kohut ist das Vorhandensein eines gesicherten Selbst die Voraussetzung für den *wirklichen* Beginn der ödipalen Phase, das heißt, der ödipalen Phase als Möglichkeit einer konstant positiven Erfahrung. So hat Kohut in seinen Analysen erlebt, dass sich nach Jahren des analytischen Durcharbeitens der Beziehung zwischen Selbst und Selbstobjekten eine ödipale Phase in der Übertragung herausbilden kann. In diesen Fällen betrachtet Kohut die ödipalen Strebungen des Patienten nicht als Wiederholung einer Kindheitskonstellation, sondern als eine tatsächlich neuartige Situation. Sie ist der positive Ausdruck eines Maßes an Integration des Selbst, das nie zuvor erreicht worden war. Hierbei ist die ödipale Phase zwar auch von einigen Ängsten begleitet, doch wird sie vor allem mit echter Freude über den erreichten Entwicklungsschritt erlebt (vgl. ebd., S. 228-229).

Weil in der Analyse die Patienten nach der Wiederherstellung ihres Selbst die ödipale Phase als positiv erleben, rekonstruiert Kohut hieraus eine positive Sicht auf die ödipale Phase in der Entwicklung des Kindes, sofern das Kind in sie mit einem integrierten Selbst eintritt (vgl. ebd., S. 230).

Wenn nämlich ein Kind bis hin zur ödipalen Phase eine gesunde Entwicklung durchlaufen hat, wird es auch diese Phase in der begeisterten Erwartung angehen, einen neuen Bereich von Erfahrungen zu durchlaufen und einen wichtigen Entwicklungsschritt tun zu können. Das Kind tritt in die ödipale Reifung mit der Hoffnung ein, dass seine Eltern auf die modifizierte Zärtlichkeit und Selbstbehauptung, die es in sich fühlt, unterstützend reagieren werden (vgl. Kohut 1991, S. 49). Das Kind wird ein selbstbehauptendes, besitzendes, affektiv-sexuelles Verlangen nach dem gegengeschlechtlichen Elternteil spüren und zugleich einen selbstbewussten Wettstreit mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil aufnehmen. Zeigen die Eltern empathisch förderliche Reaktionen, werden sie auf die libidinösen Strebungen auf eine libidinös zielgehemmte Weise und auf die aggressiven Strebungen mit einer zielgehemmt gegenaggressiven Weise antworten. Am Ende einer gesund durchlaufenen ödipalen Entwicklung steht ein sicheres Selbst, das eine phasengerechte Form von sexueller Zuneigung empfinden kann und aus einem Vertrauen in sich selbst zur Erreichung neuer Ziele schöpft (vgl. ebd., S. 51-52). Neben dem Vorhandensein der zielgehemmten Reaktionen ist Voraussetzung für den positiven Ausgang der ödipalen Phase, dass die Eltern Freude und Stolz empfinden über den kindlichen Entwicklungsfortschritt, sich in Stärke und Selbstbehauptung lebendig zu zeigen (vgl. Kohut 2009, S. 230-231).

Die klassische Theorie hält gerade eine empathisch bestärkende Reaktion der Eltern für verfehlt. Nach der Theorie ist die Kastrationsangst gerade dann am größten, wenn die Eltern eine ungewöhnlich gutmütige Haltung gegenüber den neuerwählten Strebungen des Kindes zeigen. Diese Angst wird erst dann abnehmen, wenn die Eltern offen ihren Unwillen ausdrücken und Impulsausbrüche bestrafen, sodass das Kind innerpsychisch ein funktionierendes Kontrollsystem der Impulse herausbilden kann. Doch Kohut betrachtet eine theoretische Haltung, die das Verhalten der Eltern in der ödipalen Phase auf Milde oder Strenge reduziert, mit Vorsicht. Entscheidend seien nicht einzelne Aspekte der Verhaltensweisen der Eltern, sondern das emotionale Klima, in dem das Kind aufwächst. Die Unterscheidung zwischen angemessenen und unzulänglichen elterlichen Selbstobjekten mache sich in den meisten Fällen nicht an kruden Empathiefehlern, wie offen sexuellen oder sadistischen Aktionen fest, sondern an übergreifenden Haltungen, die im Verhalten einen nicht offensichtlich erkennbaren Ausdruck finden (vgl. Kohut 1991, S. 34-35).

Wie sich aus dieser kurzen Zusammenstellung ergibt, definiert Kohut die ödipale Phase sehr viel anders als Freud, denn er trennt sie vom Triebkonflikt und seinen emotionalen Ausbrüchen von

Liebe und Hass. Der Konflikt in der ödipalen Phase, der ihr natürlich zueigen sein soll, ist für Kohut hingegen schon das Symptom einer Pathologie im Selbst. Die ödipale Phase besteht für ihn bei einer gesunden Entwicklung eben nicht aus einem Konflikt. Denn ein Konflikt kann nur auf isolierte, mächtig gewordene Triebstrebungen zurückgeführt werden. - Nur, wenn die Eltern ihm in dieser Phase eben nicht mit dem Klima empathischer Antworten beistehen, das es benötigt, fragmentiert sich das Selbst des Kindes und die Strukturneurose des Ödipuskomplex entsteht (vgl. ebd., S. 50-51).

2.9.1.2 Die missglückte ödipale Phase: Herrschaft der Kastrationsangst

Kohut begreift den Ödipuskonflikt folglich als pathologisches Produkt statt als natürliches Element einer Entwicklungsphase. -

Doch indem er die Kastrationsangst als ein pathologisches Phänomen begreift, streitet er nicht ab, dass sie relativ universell in der ödipalen Entwicklungsphase vorkommt. Die Häufigkeit eines Phänomens lässt jedoch nicht per se ein Urteil über dessen Natürlichkeit zu (vgl. ebd., S. 32).

Weiterhin ist für Kohut die Kastrationsangst nicht primär für den Ödipuskomplex. Sie ist nur eine Form von zwei Formen von Angst, die in dem Konflikt zum Tragen kommen. Die erste ist die Angst vor der Desintegration des Selbst, das in einer Atmosphäre empathisch unzureichender Selbstobjekte entsteht (vgl. ebd., S. 36). Erst in der zweiten, sekundären Form von Angst verschiebt sich das Zentrum der Unruhe des Kindes von der Abwesenheit angemessener Selbstobjekte zu psychosozialen Spannungen, die von Phantasmen durchwirkt sein können. Diese Phantasmen beziehen sich auf eine drohende Kastration (vgl. ebd., S. 51). -

Wiederum ist aber an der Erklärungslinie festzuhalten, dass der Bewegungsgrund für Angst, hinter dem explanatorisch nicht weiter zurückgegangen werden kann, nicht der manifeste Inhalt von Ängsten ist, sondern seine Deutung im Hinblick der Beziehung des Selbst zu den Selbstobjekten. - So öffnet Kohut die Kastrationsangst des Jungen der Interpretation, dass sich hinter ihr die Furcht vor der empathischen Kälte des Selbstobjekts verbirgt. Das als schrecklich erlebte Genital der Frau weist hin auf das eisige Gesicht der Mutter, die dem Kind aufgrund ihrer gestörten Persönlichkeit nicht die Akzeptanz seines Selbst spiegeln konnte (vgl. Kohut 2009, S. 189).

Es ist die Fragmentierung des Selbst des Kindes infolge empathisch unzulänglicher Selbstobjekte, die das Kind isolierten sexuellen und destruktiven Impulsen und der mächtigen Herrschaft der Kastrationsangst aussetzt. Eine ödipale Phase, die zum Ödipuskomplex degeneriert, führt im weiteren Lebensverlauf zur ständigen Neigung, Liebe durch Fragmente von Liebe, durch sexuelle Phantasmen zu ersetzen, und anstatt Selbstsicherheit nur feindliche Phantasien als Fragmente von Selbstsicherheit erleben zu können (vgl. Kohut 1991, S. 51-52).

2.9.2 Hypochondrie – Revisited

Kohut beschreibt die hypochondrischen Klagen eines Patienten nicht als Resultat unbewusster Phantasien, wie die Symptome einer Konversionshysterie, sondern als Bündelung der Aufmerksamkeit auf kleine physische Unzulänglichkeiten, wenn die Integrität des Selbst bedroht ist. In dem Maß, in dem das Bewusstsein für das ganzheitliche Selbst brüchiger wird, erhöht sich das Bewusstsein für die Fragmente des Selbst. Nach der Fragmentierung verirrt sich das residuale Selbst in aufgeregten Versuchen, sich wiederherzustellen, indem es seine Ängste und Klagen einzelnen Teilen des Körpers widmet. Hat der Patient die Zuverlässigkeit des Selbstobjekts vor allem in der Pflege der Analzone erlebt und waren die Erfahrungen von Unzuverlässigkeit ebenso mit dieser Zone verbunden, eignet sich die Analzone besonders als Kristallisationspunkt für

hypochondrische Sorgen beim Verlust der Integration des Selbst – und so für alle weiteren Zentren hypochondrischer Klage (vgl. Kohut 2009, S. 156-157). In den Sorgen drückt sich das Verlangen nach der Aufmerksamkeit eines Selbstobjekts aus, das als unsicher erlebt wird (vgl. ebd., S. 161). -

2.9.3 Phobie - Revisited

Nach Freud ist die Phobie das Symptom einer Angsthysterie. In ihr drückt sich die Libido als Angst aus. In der klassischen Fallgeschichte der Platzangst ist die Patientin nicht willens, allein das Haus zu verlassen, weil sie in den Straßen anderen Männern begegnen könnte. Sie bedarf der Begleitung einer anderen Frau, die bemütternde Züge aufweist. Freud deutet dies so, dass sich das Ego der Patientin mit Panik und infantiler Regression gegen die ödipalen Impulse wehrt. Denn die Angst der Patientin ist die Angst vor den sexuellen Wünschen gegenüber ihrem Vater. Beim Spaziergehen überträgt sie die Wünsche auf die fremden Männer in den Straßen. Die Gegenwart der Frau an ihrer Seite soll für sie die Gegenwart der Mutter wiederholen – sie macht als Rivalin die Erfüllung der ödipalen Wünsche unmöglich. Indem so der Ausbruch der sexuellen Phantasien gehindert wird, wird auch das Symptom der Angst gehemmt (vgl. Kohut 1991, S. 57).

Nach Kohuts Einschätzung hingegen ist die Platzangst der Frau letztlich nicht auf die Konflikte zurückzuführen, die sich aus ihrem unbewussten Verlangen nach einem inzestuösen Verhältnis mit dem Vater ergeben. Vielmehr ist die Angst selbst zentraler Bestandteil der Erkrankung, weil sie unmittelbar aus dem strukturellen Mangel im Selbst folgt, an dem die Patientin leidet. Das Vorhandensein des Ödipuskomplexes wird erklärt aus dem Versagen des väterlichen Selbstobjekts. Durch dessen fehlerhafte empathische Reaktionen ist ihre zärtliche Haltung in isolierte sexuelle Impulse zerbrochen. Das empathische Versagen des mütterlichen Selbstobjekts erklärt schließlich den zweiten Aspekt ihrer Erkrankung: die Unfähigkeit, die Angst vor den sexuellen Phantasien angemessen zu modulieren. Ein Angstsignal breitet sich in der Patientin zur vollständigen Panik aus. Anscheinend war die Mutter in der Kindheit der Patientin nicht in der Lage gewesen, Verschmelzungen mit ihr herzustellen, die das Anwachsen von Angst verhinderten. Da so die Bildung autonomer beruhigender Strukturen nicht angeregt werden konnte, ist die Patientin auf die Begleitung einer mütterlichen Figur angewiesen, die die fehlende Struktur funktionell ersetzt (vgl. ebd., S. 61). -

2.9.4 Fixierung – Revisited

Fixierung bedeutet, dass das Kind im Durchlauf der Entwicklungsphasen auf einer Entwicklungsphase stehengeblieben ist, insofern es das fortgesetzte Bedürfnis zeigt, triebhaft auf die Art und Weise befriedigt zu werden, die für diese Phase üblich gewesen ist. Hinter dem Erscheinungsbild der Fixierung können zwei Erklärungen stehen: das künstliche Kleinmachen durch die Verleugnung phallisch-genitaler Bedürfnisse, um von dem gleichgeschlechtlichen Rivalen nicht als Bedrohung wahrgenommen zu werden – oder das Verlangen nach frustrationsfreier Bedürfnisbefriedigung. -

In anderen Worten: entweder bedeutet die Fixierung die Flucht vor Kastrationsängsten, die sich auf die ödipale Phase beziehen und in einer beginnenden Übertragung zwischen Analytiker und Patient wiederbelebt werden - oder es wird von einer primären Fixierung ausgegangen, die sich in der fixierten Entwicklungsphase durch übermäßige Wunscherfüllung gefestigt hat. In beiden Fällen würde in der klassischen Analyse darauf hingearbeitet, dass dem Patienten sein Trieb stärker bewusst wird und damit seine Fähigkeit steigt, Kontrolle über ihn auszuüben (vgl. Kohut 2009, S. 80-81).

In Bezug auf die genannten beiden Erklärungen der klassischen Analyse, weshalb sich eine infantile Triebfixierung manifestieren kann, hält es Kohut zumindest für wahrscheinlicher, dass die Fixierung zustandekommt, weil das Kind durch die Regression auf infantile Befriedigungsarten sicherstellen will, dem ödipalen Rivalen auszuweichen.

Darüber hinaus räumt Kohut ein, dass theoretisch auch Fälle denkbar sind, in denen als Folge übermäßiger infantiler Befriedigungen das lustgesteuerte, unreife Ich des Patienten nach einer Befriedigungsart süchtig geworden ist. Mit der Triebfixierung geht ein Entwicklungsstillstand auf jene Phase der psychosexuellen Entwicklung einher, die vor allem mit der betreffenden Form von Triebbefriedigung assoziiert ist. In der Praxis betrachtet Kohut solche ätiologischen Umstände jedoch als unwahrscheinlich, denn sie würden bedeuten, dass die Eltern den ersten Triebmanifestationen des Kindes sehr wohlwollend gegenüberstanden, doch sich gegen die Anforderungen seiner phallisch-genitalen Bedürfnisse abschotteten. Durch das Eingehen, so inadäquat es auch gewesen sein mag, auf die prägenitalen Triebe haben die Eltern aber schon gezeigt, dass sie zumindest einen geringen empathischen Kontakt zu den Reifebedürfnissen des Kindes halten. Aus diesem Grund ist ein entschiedenes Blockieren der phallisch-genitalen Ansprüche durch die Eltern für Kohut kaum denkbar (vgl. ebd., S. 73-74).

Liegt tatsächlich eine primäre Fixierung auf infantile Triebbefriedigung vor, ist es für Kohut sehr viel sinnvoller, diese Fixierung im Rahmen des Erklärungshorizonts der Selbstpsychologie genetisch herzuleiten.

Erst einmal ist der genetische Anspruch des klassischen Modells, dass eine zu starke Befriedigung des Triebs die Fixierung des Triebs befördert, neu zu untersuchen. -

Denn im Rahmen der Selbstpsychologie ist die Behauptung, dass ein Kind durch zu empathisches Eingehen auf seine Triebansprüche verwöhnt werden kann, mit Vorsicht anzugehen. Nach dem klassischen Modell steht eine volle Befriedigung der Wünsche des Kindes der optimalen Frustration entgegen. Wichtige Strukturen im Ich, die die Triebe kontrollieren und sublimieren, werden nicht hinreichend ausgebildet. Kohut hält an dem Prinzip der optimalen Frustration fest, glaubt jedoch nicht, dass viele Fälle von Verwöhnen durch Überempathie bestehen (vgl. ebd., S. 78).

Aus diesem Grund kommt er zu einer anderen Erklärung des Fetisch (siehe unten).

Wenn aber die frustrationsfreie Befriedigung des Triebs die Genese des infantilen Verhaltens nicht bedingt, ergibt sich daraus, dass die Triebfixierung und die darauffolgenden Ich-Defekte nicht der zentrale Ort der untersuchten Psychopathologie sind (vgl. ebd., S. 73-74).

Vielmehr ist beim Kind die Trieberfahrung untergeordnet gegenüber der Erfahrung der Beziehung zwischen dem Selbst und den Selbstobjekten. Indem aber auf diese Weise die psychologische Entwicklung des Kindes anders gesehen wird, verändert sich auch die Beurteilung der Psychopathologie, die im klassischen Modell noch mit der Fixierung auf eine Stufe der Instinktentwicklung erklärt wird oder mit der Regression zu ihr (vgl. ebd., S. 80).

Selbstpsychologisch ist nicht der isolierte libidinöse Trieb des Kindes die primäre psychische Konfiguration, hinter der es kein explanatorisches Zurück mehr gibt, sondern es ist die Erfahrung der Beziehung zwischen dem Selbst und empathisch unzulänglichen Selbstobjekten (vgl. ebd., S. 122). -

Nach der neuen Bewertung steht am Ursprung der Störung das Selbst des Kindes, das durch die empathisch schwer gestörte Haltung der Eltern nicht sicher integriert ist. Der Versuch, der Neigung zur Fragmentierung des Selbst zu entgehen, wird als angestrengte Vergewisserung erlebt, noch lebendig, überhaupt noch existent zu sein. Defensiv wendet sich das Selbst daher Lustzielen zu, die durch die Stimulierung erogener Zonen erreicht werden sollen (vgl. ebd., S. 74). Hinter der Pseudo-Vitalität und der übermäßigen Erregung verbirgt sich das mangelnde Selbstwertgefühl und die Depression des von Fragmentierung bedrohten Selbst. Das Kind versucht, seine emotionale

Einsamkeit durch erotische und grandiose Phantasien zu beleben (vgl. ebd., S. 5-6). Die Phantasien begleiten die Stimulierung der Körperzonen. Mit ihnen wird die Grundlage für spätere Psychopathologien gelegt, wie Perversionen im Erwachsenenalter (vgl. ebd., S. 74).

2.9.4.1 Fetisch – Revisited

Kohut präsentiert das Fallbeispiel eines Patienten, der sich von einem Fetisch abhängig zeigt. Klassisch könnte diese Fixierung durch das Verhalten von Mutter und Großmutter erklärt werden, die dem Patienten als Kind jeden Wunsch ablasen und so seinen Unwillen prägten, realistische Kompromisse einzugehen. Mit dem Fetisch hat er sich im Erwachsenenalter eine psychologische Enklave geschaffen, die ihm ersatzweise eine Fortführung der stets zugänglichen Bedürfnisbefriedigung gestattet. Die Ausbildung reiferer Arten der Lustgewinnung blieb auf der Strecke. Im Verlauf der Analyse erkannte Kohut jedoch, dass Mutter und Großmutter an der vollkommenen Bedürfnisbefriedigung des Kindes eine eigenen Phantasie auslebten. Indem sie sich völlig auf die isolierten Triebansprüche einließen, verloren sie das ganze, wachsende Selbst des Kindes aus dem Blick. Das Kind litt unter dem traumatischen Fehlen von mütterlichen Reaktionen, die auf die gesunde Grandiosität und den gesunden Exhibitionismus eines Selbst geantwortet hätten, das sich als unabhängiges Zentrum von Initiative erprobt. Das Resultat war die defensiv vorgenommene Lustgewinnung am Fetisch, um der depressiven Entleerung des Selbst zu entgehen (vgl. ebd., S. 79-80).

Wenn Kohut auf diese Weise den speziellen Fall des Fetisch erklärt, nimmt er keineswegs zurück, was er im Hinblick auf die Fixierung im allgemeinen vermerkt hat. Es ist nämlich nicht so, dass die Mutter und die Großmutter den Patienten als Kind verwöhnt hätten, indem sie ihm durch die volle Befriedigung der Bedürfnisse, die sich entwicklungsgemäß gerade zeigten, ein überhöhtes Maß an Lustgewinn verschafft und gegenüber Frustrationen intolerant gemacht hätten. Vielmehr suchten sie eine Triebbefriedigung des Kindes, die an seinen realen Bedürfnissen nach Wachstum und Initiative und der Spiegelung seines Selbst als übergreifender Konstellation vorbeiging. Weil die tatsächlichen Bedürfnisse des Kindes keine Beachtung fanden, kann von Verwöhnung und Überempathie demnach keine Rede sein. Eine Verwöhnung, die die wirklichen Bedürfnisse missachtet, bringt keine Lust und kann also keine Fixierung durch übermäßigen Lustgewinn erklären. Die zu gewährende Haltung der Eltern gegenüber dem Lustgewinn des Kindes ist im klassischen Modell aber die genetische Ursache für die primäre Fixierung auf eine bestimmte Art der Triebbefriedigung.

2.9.4.2 Orale Fixierung – Revisited

Klassisch wird das Syndrom Adipositas als regressive Fixierung auf die orale Phase verstanden (vgl. ebd., S. 80-81).

In der allgemeinen Erörterung der Fixierung, die oben vorgenommen wurde, ist deutlich geworden, dass hinter der Fixierung zwei Erklärungen stehen können. -

Entweder bedeutet sie das Ausweichen vor Kastrationsängsten, die mit dem Fortschreiten in eine missglückte ödipale Phase verbunden wären. Oder es liegt eine primäre Fixierung aufgrund übermäßiger Wunscherfüllung in der oralen Phase vor. Kohut wendet hingegen ein, dass dem Wunsch des Kindes nach Essen nicht die primäre Bedeutung zukommt. Vielmehr bringt das Kind über den Weg der Nahrung sein Verlangen nach dem nährenden Selbstobjekt zum Ausdruck. Psychologisch braucht es nicht Essen, sondern den empathisch gelenkten Akt der Essensgabe. Wird dieses Bedürfnis traumatisch missachtet, verliert das Kind das Vertrauen in die Erfahrung seiner Ganzheit, auf die in der empathischen Begegnung geantwortet wird. Resigniert wendet sich das Kind einem Fragment seiner ganzheitlichen Selbsterfahrung zu, der oralen erogenen Zone. Die

unentbehrlich gewordene Stimulierung dieser Zone ist das depressive Essen und führt zu Adipositas. Abhilfe sieht hier Kohut in einem wachsenden Bewusstsein der depressiven Reaktion auf die Desintegration des Selbst, die von unempathischen Selbst-Objekten ausgelöst wird. Für nicht angebracht hält er ein stärkeres Bewusstsein des Triebes bei edukativen Appellen, Kontrolle über den Trieb zu gewinnen (vgl. ebd., S. 80-81). -

2.9.4.3 Anale Fixierung – Revisited

Nach dem klassischen Modell kann eine Fixierung in der analen Phase anstatt des Lustgewinns durch Ausscheidung auch die Errichtung von Widerständen gegen den offenen Ausdruck von Analität beinhalten. In diesem Fall konnte das Kind in der analen Phase große Befriedigung darin finden, das Ausscheidungsprodukt zurückzuhalten. Beim Erwachsenen, der anal fixiert geblieben ist, entspricht diesem Verhalten der Charakterzug des Geizes, der sich sinngemäß durch das Zurückhalten des eigenen Produkts kennzeichnet. Kohut ist überzeugt, dass durch die Selbstpsychologie eine befriedigendere Erklärung dieses Merkmals erreicht werden kann. Indem die Mutter das Fäkalprodukt annimmt oder ablehnt, antwortet sie nicht nur auf einen Trieb des Kindes, sondern auf sein sich bildendes Selbst, das von ihr als spiegelndes Selbstobjekt Bestätigung sucht. Lehnt die Mutter in ihrer Grundhaltung das Produkt ab, lehnt sie das Selbst ab, das sich als Ausgangszentrum für produktive und kreative Initiative zu behaupten sucht. Ferner kann es geschehen, dass sich die Mutter über Gebühr mit den Fäkalien des Kindes beschäftigt und dabei das ganzheitliche Selbst des Kindes, das seine innere Einheit finden will, aus dem Blick verliert. In der Folge wird das Selbst des Kindes den Versuch, die Freuden der Selbstbehauptung zu gewinnen, aufgeben. Von Depression bedroht, wendet es sich zur Selbstvergewisserung den Lustgefühlen zu, die es aus den Fragmenten seines Körper-Selbst beziehen kann.

Kohut stellt heraus, dass bei einer analen Fixierung im allgemeinen und dem analen Geiz im speziellen eine Triebfixierung, wie sie nach dem klassischen Modell beschrieben werden kann, ganz klar vorhanden ist. Doch er führt fort, dass sie erst voll erklärbar ist anhand der genetischen Rekonstruktion, dass sich ein entleertes oder zerbrechendes Selbst als defensive Reaktion der Stimulierung von Fragmenten seines Körper-Selbst zuwendet (vgl. ebd., S. 74-76).

2.9.5 Zusammenfassung der Revisited-Fälle für die analytische Situation

Aus der einzelnen Beurteilung der Psychopathologien ist bereits hervorgegangen, wodurch sich die wechselnde Betrachtungsweise Kohuts auszeichnet. Um sicherzustellen, dass der Wechsel in der Betrachtung genau markiert ist, sei hier nochmal die Quintessenz der neuen Perspektive wiedergegeben. Dem angeschlossen ist die Neubewertung des letzten explanatorischen Grundes für das Verhalten des Patienten, zu dem die Psychoanalyse mit ihren Methoden vorstoßen kann. -

Auffällige Triebmanifestationen dürfen demnach nicht isoliert gesehen werden, sondern die Betrachtung muss immer das Selbst und die Selbstobjekte mit einschließen. Nur, wenn das Selbst des Kindes durch mangelnde Empathie der Selbstobjekte ernstlich fragmentiert ist, zeigen sich die Triebstrebungen als Desintegrationsprodukte der übergreifenden psychischen Konfigurationen (vgl. ebd., S. 77). Dann flüchtet sich das bedrohte Selbst des Kindes zur Abwendung der Depression in orale, anale oder phallische Erregungen. Die isolierten Triebe werden zu mächtigen Konstellationen (vgl. ebd., S. 122). Zur Beschreibung dieses Zustands können die Formulierungen der klassischen Triebpsychologie Anwendung finden. Sie berücksichtigen jedoch nicht das psychologisch wichtige Moment des Oszillierens zwischen einem integrierten und fragmentierten Selbst (vgl. ebd., S. 77). Die isolierten Triebe sind zwar die manifesten Wirkmächte in der späteren Pathologie des

Erwachsenenalters, doch die Pathologie bleibt prinzipiell eine Krankheit des Selbst (vgl. ebd., S. 122-123).

Die ungehinderte Konfrontation mit einem völlig aufgedeckten Trieb ist also nicht das letzte psychologische Moment, zu dem die Analyse vorstoßen kann, und die Integration des Triebes in den psychischen Apparat ist nicht ihr letztes Ziel. Die letzte Schicht, die die Analyse einer Psychopathologie erreichen kann, ist das Erleben des Fehlens empathisch antwortender Selbstobjekte (vgl. ebd., S. 122-123). -

2.10 Tragischer und Schuldiger Mensch

In der Übersicht einzelner Störungsbilder habe ich Freuds Erklärungen als Schablone benutzt, um Kohuts Beitrag zur Psychoanalyse umso profilierter darauf abzeichnen zu können. Diese Vorgehensweise schien mir umso angebrachter, als sie von Kohut selbst angewandt wurde. In der Tat sind alle Bezüge zu Freud im zweiten Teil dieser Arbeit Kohut selbst entlehnt. Seine Kontrastierung an Freud ist keine originelle Erfindung – er nahm sie selbst ausgiebig vor. Meines Erachtens findet sich der tiefste Ausdruck der Kontrastierung in Kohuts Gegenüberstellung zwischen dem Schuldigen und dem Tragischen Menschen.

Kohut meint, dass sowohl in der topographischen als auch strukturellen Konzeption der Psyche der Punkt, an dem von einer Auflösung der Pathologie ausgegangen wird, kaum unterschieden werden kann. Die topographische Sichtweise konzentriert sich vor allem auf die Anreicherung von Wissen, auf das Verschwinden der Kindheitsamnesien und den Rückruf wichtiger Ereignisse der Kindheit in die Erinnerung. Die strukturelle Sichtweise richtet sich vor allem auf die Autonomie des Ichs, auf seine Fähigkeit, Triebe domestiziert in die Persönlichkeit zu integrieren. Doch letztlich ist beiden Ansätzen eine Vorstellung vom Menschen zueigen, die ihn im Konflikt zwischen den Triebimpulsen und einer psychischen Struktur sieht, die auf die Unterdrückung oder Umwandlung der Triebe angelegt ist. Hier versucht der Mensch nach dem Lustprinzip die Spannung, die die Triebe in seinen erogenen Zonen verursachen, zu verringern. Kohut bezeichnet dieses Modell als den Schuldigen Menschen, weil die Triebbefriedigung oftmals durch den Druck der Umwelt oder durch innere Konflikte gehemmt wird.

Kohut hingegen fokussiert sich auf die neue Kategorisierung des Tragischen Menschen. Dieser versucht oftmals vergeblich, das Muster seines Kernselbst zum Ausdruck zu bringen und somit zur Selbsterfüllung zu gelangen. Sein Streben liegt jenseits des Lustprinzips (vgl. ebd., S. 131-133). -

Jenseits des Lustprinzips: das ist auch ein Bereich, der für Freud existiert. Jenseits der lustbezogenen Ziele erkennt Freud bei dem Schuldigen Menschen einen weiteren Trieb am Wirken: den Todestrieb (vgl. Kohut 2009, S. 132). Wie im ersten Teil der Arbeit angekündigt, habe ich bis hierhin den Todestrieb verschwiegen. Dies geschah aus dem Grund, weil er mir zu einem Verständnis von Freuds Theorien überflüssig erscheint. Ich sehe im Todestrieb den Punkt, an dem das Lustprinzip zu seiner letzten Konsequenz getrieben wurde und über sich selbst umgeschlagen ist. Freud könnte dies nicht besser ausdrücken, indem er schreibt, dass sich in der Spannungsreduktion des Lustprinzips das Verlangen nach der Rückkehr zum spannungslosen Zustand verberge (vgl. Macmillan 1997, S. 412). Liebes- und Todestrieb sind nur zwei Facetten des Schuldigen Menschen. Für mich tritt an dieser letzten Entwicklung des Lustprinzips gerade auch die tiefste Tönung im Kontrast zur Selbstpsychologie hervor. -

Indem sich der lustgesteuerte Liebestrieb für Freud als explanatorisch nachrangig erweist, findet

auch eine Neubewertung des ursprünglichen Zustands des Kindes statt. Weil die erste Instinktregung des Kinds auf den Tod gerichtet ist, befindet es sich somit in einem Zustand des primären Masochismus. In der Folge wird der Todestrieb vom Selbst abgelenkt und das Selbst wird mir narzisstischer Libido aufgeladen (vgl. ebd., S. 424-425).

Ein Trieb hin zur Null-Spannung des Todes ist jedoch nicht Teil der Konzeption des *Tragischen* Menschen, genauso wenig, wie die schwächere Spannungsreduktion des Lustprinzips Teil dieser Konzeption ist. -

Sucht der Tragische Mensch, der sich selbst erfüllen will, den Tod, nimmt er den Tod tatsächlich auf sich, dann nicht, weil sich die primäre Besetzung des Selbst mit dem Todestrieb über die Usurpation durch narzisstische Eigenliebe erneut hinwegsetzen konnte. Es ist nicht die Wiederherstellung der primären masochistischen Macht, die ihn in die vollständige Niederlage der Selbstzerstörung treiben würde. Vielmehr findet der Tragische Mensch einen siegreichen Tod, wenn er in einem letzten Akt der Aufopferung das Siegel der Endgültigkeit auf die Verwirklichung seines Selbst prägen kann. Er nimmt den Untergang des Lustprinzips freudvoll auf sich im Bewusstsein, der Grundstruktur seines Lebens, die im Kernselbst angelegt ist, bis zur Vollendung gefolgt zu sein. Deswegen kann die Selbstpsychologie den Endpunkt der Analyse auch nicht daran messen, wieviel Wissen sich der Patient über die Genese seiner Symptome angeeignet und wieviel Kontrolle er über seine Triebimpulse erreicht hat. Vielmehr misst sie ihn daran, ob in einem gefestigten Selbst des Patienten ein Kontinuum zwischen Ambitionen und Idealen hergestellt werden konnte und er daher freudvolle kreative Aktivitäten ausführen kann (vgl. ebd., S. 132-134).

Weil der primäre Masochismus stets vom primären Narzissmus abgelenkt sein muss, damit ein Mensch überhaupt überleben kann, ist für Freud die Kastrationsangst immer das letzte Moment, an dem sich die Psychoanalyse stößt und hinter das es analytisch kein weiteres Fortkommen gibt. - Die letzte Grundlage sieht Kohut hingegen in einer Bedrohung, die über die Bedrohung des Symbols männlicher Macht und des körperlichen Überlebens hinausgeht. Tatsächlich ist für die meisten Menschen die Fähigkeit zur Selbstbehauptung eng mit der Vorstellung von der Integrität des Körper-Selbst verbunden und ein dominierender Inhalt im Kernselbst. Wenn aber im Prozess der Herausbildung der Kernambitionen und Kernideale der phallisch-exhibitionistischen körperlichen Integrität nicht der übliche Vorrang zugekommen ist, können gar Martyrium und Tod mit der Freude der Selbsterfüllung erlebt werden. Im Gegenzug kann der offensichtliche Sieg im Bereich des Überlebens und der sozialen Dominanz über den Preis der wirklichen Struktur des Kernselbst erkaufte sein und so zur existentiellen Verzweiflung führen (vgl. ebd., S. 117). - In diesem Fall ist der Tragische Mensch dadurch tragisch, dass er sich zu einem Menschen gemacht hat, der unter den Kategorien des Schuldigen Menschen operiert und somit taub geworden ist gegenüber der höheren Forderung der Verwirklichung des im Selbst angelegten Lebensplans.

Der Schuldige Mensch gegenüber dem Tragischen Menschen – das ist die Spitze der Dialektik. Wie ich zum Eingang des ersten Teils der Arbeit erklärte, ist mein Vorgehen immer und zuerst dialektisch.

Ich habe zur Beschreibung der Vorgehensweise auch schon, vorsichtig, eine Analogie aus der Musik verwendet und ich möchte diese Analogie nun fortschreiben. Töne können gegeneinander gespielt werden, damit ihre Unterschiedenheit deutlich wird. Der Missklang, oder, um es schwächer auszudrücken, die fehlende Harmonie stärkt das Profil des einzelnen Tons im Kontrast zum anderen. Beim Hinzukommen eines dritten Tons kann der Missklang jedoch überbrückt und eine Harmonie geschaffen werden, sofern der richtige Ton getroffen wird. Und die neue Harmonie ist tatsächlich das: neu. Sie ist eine neue Klangerfahrung.

Es gibt ein anderes musikalisches Mittel, das ich mehr schätze. Es besteht darin, um die

kontrastierenden Töne Klangteppiche zu bilden, die den Kontrast nur fortsetzen, erstrecken, vertiefen. Schließlich wird eine solche Dissonanz erreicht, dass kein Versuch der Versöhnung mehr möglich scheint. An diesem Punkt bricht eine Leere ein, eine Atempause, ein Umschwung – und dann ersteht einer der Klangteppiche auf und gestaltet sich nun zu einem Thema um. Aus diesen Tönen hätten viele Themen entwickelt werden können, sodass die letztliche Ausgestaltung zwar nie notwendig, doch stets bedeutungsvoll erscheint. Der dazu kontrastierende Klangteppich – er besteht noch, doch tritt er auf, unterlegt er nur das neue Thema, um es an jenen Stellen einen kraftvolleren Einsatz zu verschaffen, an denen es noch zu zaghaft und unklar erscheint.

Im folgenden ist also nicht mehr ein Vergleich zwischen der Selbstpsychologie und dem klassischen Modell angestrebt, aus dem heraus sich die Selbstpsychologie schärfer abzeichnen kann. Vielmehr ist die Selbstpsychologie der alleinige Gegenstand der Untersuchung. Gelegentliche Anleihen an Freud unterstreichen dies nur, indem sie gelegentlich sind. Das neue Thema, das jetzt entwickelt werden kann, ist die Frage einer möglichen Position des klinischen Sozialarbeiters im Prozess der psychoanalytischen Heilung.

Dass ich mich bei der Überschau der Störungsbilder auf analysierbare Pathologien beschränkte, ist dieser letzten Frage geschuldet gewesen, auf die sich die Arbeit zubewegt hat. Aus der Antwort auf die Frage wird sich ergeben, dass nicht-analysierbare Störungen thematisch nicht von Belang sind und daher nicht gesondert betrachtet werden brauchen.

3 Dritter Teil

3.1 Klinische Soziale Arbeit als analytische Arbeit?

Wenn ich an dieser Stelle den Sozialarbeiter im psychoanalytischen Heilungsprozess situieren will, ist einsichtig, dass sich Kohut diese Frage selbst nicht so gestellt hat. Für ihn war es entscheidend, erfolgreiche therapeutische Bemühungen verschiedener analytischer Ausrichtungen auf eine allgemeine Formulierung von Heilungsprozess zurückzuführen. Es wird sich allerdings zeigen, dass seine diesbezüglichen Überlegungen meine Fragestellung nicht nur beiläufig, sondern direkt berühren. -

Kohut nimmt die grundlegende Feststellung zum Ausgang, dass eine psychische Störung unter dem Blickwinkel einer therapeutischen Schule erfolgreich behandelt werden kann, obwohl die Schule in Bezug auf die Störung nur erfahrungsfremde Formulierungen beiträgt und für ihre Behandlung wenig geeignet wirkt. Er meint weiterhin, dass positive therapeutische Resultate selbst dann erzielt werden können, wenn die Diagnose und die Behandlungsmethode, die vom Analytiker gewählt werden, für den behandelten Fall verfehlt sind (vgl. Kohut 1991, S. 161-162).

Kohut erwähnt das Beispiel einer Analytikerin der psychoanalytischen Schule Melanie Kleins. Sie erklärte ihrer Patientin am Ende einer Sitzung, dass sie einen der künftigen Termine absagen müsste. In der nächsten Sitzung zeigte sich die Patientin schweigsam und im Rückzug befindlich und reagierte nicht auf die Aufforderungen der Analytikerin, ihr mitzuteilen, was sie denn fühle. Schließlich gab die Analytikerin in einem warmherzigen und verständnisvollen Tonfall zu erkennen, dass sie das Empfinden habe, die Ankündigung ihrer bevorstehenden Abwesenheit habe das Bild,

das die Patientin von ihr habe, fundamental geändert. Diese Einschätzung gab die Analytikerin daraufhin nochmal in einer Interpretation im Rahmen der Formulierungen der kleinianischen Schule wieder. Die Patientin reagierte sehr positiv auf diese Interpretation und kleidete, um ihren Gefühlszustand zu vermitteln, ihre Erlebniswelt in die Begriffe der therapeutischen Schule der Therapeutin.

Kohut macht die wichtige Bemerkung, dass es nicht entscheidend ist, mithilfe welcher Interpretation die Analytikerin geantwortet hätte, um der Patientin das Gefühl zu vermitteln, verstanden zu werden. Sie hätte ihr klassisch psychoanalytisch auch sagen können, dass sie die Absage des Termins wie das Verlassenwerden durch die Mutter empfunden habe, als sie die Schlafzimmertür abschloss, um den Vater für sexuellen Kontakt zu beanspruchen. Gleichfalls hätte die Analytikerin im Sinne der Selbstpsychologie antworten können: durch die Absage des Termins sei das Selbstwertgefühl der Patientin geschwächt worden, genauso wie in ihrer Kindheit, als die freundliche Köchin, die sie für ihre Hilfe in der Küche lobte, von der emotional distanzierten Mutter gekündigt worden war. So, wie sie sich als Kind beim Verlust des Selbstobjekts entleert und erschöpft gefühlt habe, habe sie sich auch nun bei der Ankündigung der Analytikerin gefühlt (vgl. ebd., S. 161-163). -

Kohut hält alle drei Interpretationen zu einem gewissen Grad für analytisch brauchbar, weil sie den Kern der gemeinten empathischen Botschaft an die Patientin übermitteln können. Ihr tatsächlicher Inhalt ist nur die vernachlässigbare, unspezifische Hülle für die fundamentale Bedeutung, die transportiert werden soll. Mit ihrer kleinianischen Interpretation sagte die Analytikerin auch und vor allem: sie sind schwer deprimiert, weil ich einen ihrer Termine mit mir verschoben habe. Diese Nachricht wurde mit viel menschlicher Wärme vermittelt und fing den angeschlagenen Zustand der Patientin empathisch durch die Wahl der Worte, die Modulation der Stimme und andere Kommunikationsmittel ein (vgl. ebd., S. 165-166). -

Ein Sozialarbeiter kann sich mithilfe des Verständnisses der Selbstpsychologie oder anderer therapeutischer Schulen des heilsamen Werts empathischer Reaktionen bewusst werden und er kann verstärkt darauf achten, diese Reaktionen in sein psychosoziales Arbeitsfeld hineinzutragen. Erlaubt er sich, mit echtem menschlichen Nahe-Sein zu reagieren, ist die Form, in der er dieses Nahe-Sein vermittelt, nicht von vordergründiger Bedeutung. Auch gänzlich ohne selbstpsychologisch informiertes Vokabular kann ein erster Teil der empathischen Resonanz, die das Selbst des Klienten einfordert, übermittelt werden. In dem Fallbeispiel Kohuts war es gerade dieses bloße Zeichen des Verstehens, dass in dieser Situation heilsam wirkte und die Patientin für weitere therapeutische Arbeit öffnete. -

Kohut führt den Effekt auf seine Einsicht zurück, dass die psychoanalytische Behandlung aus zwei Phasen besteht: dem Verstehen und dem Erklären. Das heißt, in einer bestimmten Zeit der Behandlung antworten die Patienten ausschließlich auf die empathische Resonanz des Analytikers und sind unempfindlich dafür, ob diese mittels einer fehlerhaften Interpretation kenntlich gemacht wird (vgl. ebd., S. 166-167). In der Verständnisphase zeigt der Therapeut dem Klienten auf, wie er dessen Empfindungen wahrgenommen hat. Indem er versucht, dem Klienten dessen inneren Zustand zu beschreiben, weist er für den Klienten auf, dass seine Empfindungen auch von einer anderen Person wenigstens annähernd nachempfunden werden können (vgl. ebd., S. 294). Es ist demnach vorrangig, dass sich für den Patienten das Bewusstsein erschließt, dass er verstanden wird; erst dann wird ihm der Analytiker die genetischen und dynamischen Faktoren erklären, die zu seiner jetzigen schwierigen Lage führten. Das heißt: die analytische Interpretation und Rekonstruktion ist das nachrangige Element (vgl. Kohut 2009, S. 88).

Diese Feststellung formt Kohut in die entscheidende Frage um, ob eine fehlerhafte Interpretation direkt zu einer Heilung im Sinne der Selbstpsychologie beitragen kann (vgl. Kohut 1991, S. 178).

Er bekräftigt an dieser Stelle, dass er sich gegen einen therapeutischen Nihilismus verwahrt und er stellt klar, dass eine der Interpretationen im oben beschriebenen Fall der Erfahrung der Patientin am nächsten und daher therapeutisch am effektivsten gewesen wäre (vgl. ebd., S. 163-164). Denn in jedem Fall ist eine fehlerhafte Interpretation therapeutisch weniger effektiv als eine korrekte, da sie hinter dem klaren Erfassen der Erlebniswelt des Patienten zurückbleibt (vgl. ebd., S. 172). Nun nimmt Kohut, ohne über die Angemessenheit der kleinianischen Interpretation tatsächlich urteilen zu wollen, zum Zweck der weiteren Darstellung an, dass sie inhaltlich falsch ist (vgl. ebd., S. 165).

Eine falsche Interpretation der Analytikerin schließt nicht aus, dass in der therapeutischen Beziehung psychoanalytisch wirksam tatsächlich Strukturbildung mittels optimaler Frustration stattfindet. Diese Strukturbildung entsteht dann allein in der Verständnisphase. - Das Verhalten der Analytikerin in dem oben genannten Beispiel ist frustrierend, denn trotz des Verständnisses, das die Analytikerin für das Empfinden der Klientin beweist, handelt sie doch nicht immer nach dem Bedürfnis der Patientin. So ändert die Reaktion der Patientin nichts an dem Vorhaben der Analytikerin, die Sitzungen zu unterbrechen. Das Verhalten ist dennoch optimal frustrierend, weil es, wie erwähnt, zumindest teilweise dem Bedürfnis der Patientin entspricht – nämlich dem Bedürfnis, dass Verständnis für ihren inneren Zustand kommuniziert wird. Das Verhalten der Analytikerin ist optimale Frustration anstatt optimaler Gratifikation, denn eine empathische Bindung wird wiederhergestellt, die die Befriedigung des Bedürfnis der Patientin ersetzt (vgl. ebd., S. 179-180).

Das Verhalten der Therapeutin hätte von der Patientin somit durchaus als optimale Frustration wahrgenommen werden können, durch die ein Wachstum an psychischer Struktur mittels unwandelnder Verinnerlichung ausgelöst worden wäre (vgl. ebd., S. 178). Die Psychoanalyse heilt gerade, indem sie psychologische Struktur grundlegt (vgl. ebd., S. 173). Das heißt, auch eine verfehlte Interpretation kann ein Ergebnis herbeiführen, dass authentisch analytisch ist.

Damit muss nicht mehr, wie in der klassischen Analyse, die Suggestibilität des Patienten als Erklärung bemüht werden, wenn eine fehlerhafte Interpretation den Anschein eines Erfolgs in der Behandlung hervorbringt (vgl. ebd., S. 164). -

Der Anschein kann tatsächlich mit dem Sein heilsamer Strukturbildung unterlegt sein, weil der kurative Effekt nicht vom Inhalt der Interpretation, nicht vom Vordringen in die Erklärungsphase, sondern von dem Verständnis ausgeht, das bis zu einem gewissen Grad unabhängig vom Inhalt transportiert werden kann. -

Selbst, wenn durch fehlerhafte Interpretationen eine tatsächliche Zustandsverbesserung erreicht wird, selbst also, wenn über einen suggestierten Anschein hinaus Wirkung erzielt wird, sind doch die fehlerhaften Interpretationen für die klassische Analyse nie authentisch analytisch. Sie sind nicht direkt an der Heilung des Patienten beteiligt. Sie können nämlich nur die therapeutischen Rahmenbedingungen für die tatsächliche analytische Heilung verbessern. Im diskutierten Fall hätte die Patientin Freude darüber empfunden, sich verstanden und unterstützt zu fühlen, doch in den Heilungsprozess wäre nicht vorgedrungen worden. Kohut unterstreicht jedoch seine entscheidende These, dass die Analytikerin mit ihrem empathisch korrekten Erfassen des schwer verstörten Zustands der Patientin psychoanalytisch heilend wirkte. Das Erfassen erfolgte primär über nonverbale Signale (vgl. ebd., S. 178-179). -

Daraus ergibt sich, dass in jedem Fall die analytisch wirksame Verstehensphase auch von einem empathisch offenen Sozialarbeiter geleistet werden kann – im Grunde sogar ganz unabhängig von der Frage, ob er selbstpsychologisch informiert ist oder nicht. Dies zugestanden, ist allerdings nicht mehr klar, welche besonderen Bedingungen für Heilung die Selbstpsychologie schaffen soll, wenn nichts dagegen spricht, dass ihre grundlegende kurative Funktion auch gänzlich ohne Kenntnis von ihr erwirkt werden kann. Die Heilung in der Selbstpsychologie erfolgt über den strukturellen

Zuwachs. Wenn strukturelle Zusätze bereits durch das empathische Verstehen ohne genetisch-dynamische Erklärungen gewonnen werden können, erscheint es zumindest zweifelhaft, ob sich die Selbstpsychologie wirklich durch einen qualitativen Unterschied im Prozess der Heilung einer Psychopathologie gegenüber bloßem empathischen Verständnis auszeichnen kann.

Somit sieht Kohut der Frage direkt ins Auge, ob die Tatsache, dass strukturelle Zuwächse bereits durch ein angemessenes Verständnis erzielt werden, die Erklärungsphase im Grunde überflüssig macht.

Kohut räumt auch ein, dass es schwerfällt, die Ergebnisse der beiden Phasen im Heilungsprozess wie schwarz von weiß zu trennen. Eine vollständige Darstellung des Unterschieds müsste sich vor allem graustufiger Nuancierungen bedienen (vgl. ebd., S. 183-184). -

Die klare Trennung in der Arbeitspraxis fällt deshalb so schwer, weil es ein Merkmal der Erklärungsphase ist, das Verstehen der Verständnisphase zu vervollständigen. -

Ohne die Interpretation ist die Verstehensphase unabgeschlossen, da erst die korrekte Erklärung das Vertrauen des Patienten in die Verlässlichkeit des empathischen Bandes festigt, das sich zwischen ihm und dem Analytiker gespannt hat. Zweitens ist die strukturelle Neubildung im Anschluss an die Verstehensphase eher oberflächlich erfolgt, da durch das Fehlen einer korrekten verbalen Interpretation die Erfahrung des Patienten, empathisch verstanden zu werden, sich nicht weitreichend genug in seinem Bewusstsein ausgebreitet und befestigt hat, um aus der Erfahrung den vollen heilsamen, strukturbildenden Gehalt zu beziehen, den sie bieten könnte (vgl. ebd., S. 184).

An dieser Stelle besteht die Versuchung, die beiden genannten Gründe zu der Aussage zu kondensieren, dass das empathische Verstehen in der Verstehensphase nicht zum Abschluss gebracht wird und für eine weitreichendere und beständigere Strukturbildung durch die Interpretation zum Abschluss gebracht wird. Hier ist erst mal kein qualitativer Unterschied zwischen der Verständnis- und Erklärungsphase festzustellen. Es liegt allein eine quantitative Erweiterung desselben Verstehens vor, das schon in der Verständnisphase wirksam wurde. Wenn das wahr wäre, wenn die Erklärungsphase tatsächlich nichts weiteres hinzutragen würde, ließe sich argumentieren: alle Strukturbildung, die in der Erklärungsphase stattfindet, kann auch, wenngleich über einen längeren Zeitraum, allein in der Verständnisphase geleistet werden. In der Verständnisphase sind quantitativ geringere strukturelle Zuwächse operational als in der Erklärungsphase – doch da der Unterschied allein in der Quantität liegt, ist der Modus der Heilung derselbe und mit etwas Geduld kann so auch eine vollwertige psychoanalytische Heilung allein über empathisches Mitgehen, gänzlich ohne Interpretationen erwirkt werden.

Doch Kohut bekräftigt mit aller Deutlichkeit, dass es ein Fehlschluss ist, zu meinen, man könne der Erklärungsphase entbehren, weil die Strukturbildung bereits in der Verständnisphase beginnt. Denn die zweite Phase erweitert die erste nicht nur quantitativ, sondern erzeugt zusätzlich einen qualitativ anderen therapeutischen Effekt (vgl. ebd., S. 183).

Ebenso wie die Verständnisphase ist die Erklärungsphase vom Einsatz der Empathie unterlegt. Insofern, so erkennt Kohut an, liegt es nahe, zu vermuten, dass die dynamischen Interpretationen und genetischen Rekonstruktionen dem Klienten nur eine weitere Bestätigung dafür bringen, dass er verstanden wird. Doch verkennt es die Bedeutung der zweiten Phase des Therapieprozesses, in ihr nur eine Vertiefung der Verstehensphase zu sehen. Denn tatsächlich eröffnet die zweite Phase nicht nur kognitiv, sondern auch emotional ein anderes Erleben. Indem der Therapeut in der Verstehensphase die Identität seiner inneren Erfahrungen mit dem Klienten anstrebt, wird eine archaische Bindung etabliert. Diese Bindung schwächt sich ab, sobald der Übergang vom Verständnis zur Erklärung stattfindet. Es setzt eine empathische Bindung ein, die ein reiferes Niveau von Empathie voraussetzt und von den Erklärungen des Analytikers aufrechterhalten und

erweitert wird. In der Verständnisphase hat der Therapeut dem Klienten nur sein Erfassen von dem mitgeteilt, was der Klient fühlt. In der reiferen Erfahrung einer empathischen Bindung eröffnet der Analytiker dem Patienten aber die Möglichkeit, objektiver gegenüber sich selbst zu werden, indem sich die empathische Haltung des Analytikers durch die Erklärungen einem Mehr an Objektivität zuwendet. Gleichzeitig akzeptiert sich der Patient aber weiterhin, wie ihm auch der Analytiker diese Akzeptanz durch die Genauigkeit seiner dynamischen und genetischen Erklärungsvorschläge erweist. Die analytische Bewegung hin zu größerer Objektivität ist somit das Zeichen eines Entwicklungsfortschritts. Dieser Fortschritt beinhaltet die Ersetzung der Erfahrung von archaischer Verschmelzung mit dem Selbstobjekt durch die Erfahrung von empathischer Resonanz, die von einem Selbstobjekt ausgeht (vgl. ebd., S. 306-308).

Damit greift die analytische Bewegung von Verständnis zu Erklärung Stadien in der kindlichen Entwicklung auf, die unvollständig geblieben sind und nun im analytischen Prozess einer Lösung zugeführt werden können. Wie im analytischen Übergang von der Verständnis- zur Erklärungsphase, so sollte es auch in der Entwicklung eines Kindes geschehen, dass sich die Distanz zwischen Selbst und Selbstobjekt erweitert und zur selben Zeit die empathische Nähe aufrechterhalten wird. In der Entwicklung des Kindes ist diese Distanz noch physisch markiert: so beruhigt sich das Kleinkind in den Armen der Mutter, doch kann diese Bindung zum Selbstobjekt zu einem späteren Zeitpunkt auch dann aufrechterhalten, wenn es sich explorativ im Raum entfernt und dann zurückwendet, um das Gesicht der Mutter zu sehen (vgl. ebd., S. 308-309).

Für Kohut bestätigt das klinische Material vollständig, dass die Verständnisphase nur ein erster Schritt ist und nicht hinreicht, um psychische Störungen einer Heilung zuzuführen, wie sie die Selbstpsychologie als Behandlungsziel definiert (vgl. ebd., S. 167-168). -

Mit dieser Präzisierung ist es mir nun möglich, die Position des Sozialarbeiters in das Schema von Heilung einzuordnen, das Kohut vorgibt. Prinzipiell sollte der Sozialarbeiter nicht davon ausgehen, dass ihm die grundständige Ausbildung genügend theoretisches Wissen und Handwerkszeug mitgibt, um dem Klienten empathisch korrekte genetisch-dynamische Interpretationen mitzuteilen. Der Sozialarbeiter kann aber sehr wohl durch eine empathische Grundhaltung in die Verstehensphase mit dem Klienten eintreten und ihm so durch leichte strukturelle Zuwächse vielleicht erst die Initiativbildung im Selbst ermöglichen, das Störungsbild über einen langen Zeitraum psychoanalytisch zu durchdringen.

Es ist offensichtlich, dass ich mich mit diesen Aussagen allein auf analysierbare Störungsbilder beziehe. Denn die therapeutische Arbeit mit nicht-analysierbaren Pathologien kann nicht über die Verstehensphase hinausreichen. Deswegen bemerkte ich im Übergang vom zweiten zum dritten Teil, dass die Frage nach der Position des Sozialarbeiters im Heilungsprozess bei nicht-analysierbaren Patienten irrelevant ist. Sie erweist sich jetzt in der Tat als irrelevant. Bei nicht-analysierbaren Störungsbildern kann der Analytiker per definitionem nicht mehr leisten, als es der Sozialarbeiter könnte.

Ich denke, dass die Selbstpsychologie in ihrer theoretischen Aufstellung freundlich gegenüber der Klinischen Sozialen Arbeit ist – in jedem Fall sehr viel freundlicher als die klassische Analyse. Aus diesem Grund scheint mir die Kenntnis Kohuts für einen Sozialarbeiter mehr von Belang als die Kenntnis Freuds – insofern es denn möglich wäre, zum Verständnis des einen auf den anderen verzichten zu können. Klassisch gesehen kann das Wirken des grundständig ausgebildeten Sozialarbeiters in der langdauernden Beziehung zu einem Klienten nie mehr als therapeutisch sein, ohne je den analytischen Zusatz für sich reklamieren zu können. Es kann zu einer Heilung hinführen, es kann eine Heilung vorbereiten, es kann aber nicht die Schwelle zur Heilung selbst überschreiten. Nach der Theorie der Selbstpsychologie besteht aber kein Grund dafür, den

Sozialarbeiter abseits vom tatsächlichen Heilungsprozess zu sehen, denn das, was er in einer Verstehensphase bewirken kann, wird bereits dem Beginn einer analytischen Heilung zugerechnet. Eine tatsächliche psychische Neukonfiguration durch Strukturbildung, so minimal sie auch ausfallen mag, kann durch die Gegenwart des Sozialarbeiters als zuverlässiges Selbstobjekt angeregt werden.

3.2 Elsons Rezeption Kohuts

3.2.1 Die grundsätzliche Kompetenz des Sozialarbeiters für den gesamten selbstpsychologischen Therapieprozess

Klinische Soziale Arbeit bezieht die Basis ihrer Reflexion aus interpersonalen und intrapsychischen Erklärungsmodellen (vgl. Elson 1986, S. 62). -

Die Selbstpsychologie ist eines dieser Erklärungsmodelle. Miriam Elson hat aufgezeigt, dass die Soziale Arbeit von der Anwendung dieses Modells in hohem Maße profitieren kann. Sie hat versucht, die Klinische Soziale Arbeit mit der Selbstpsychologie umfassend zu verbinden.

Es besteht kein professioneller Grund, die Selbstpsychologie der Anwendung der Sozialen Arbeit vorzuenthalten. -

Für Elson ist eine hochwertige klinische soziale Arbeit nicht unterscheidbar von einer Psychotherapie, für die Psychiater oder Psychologen verantwortlich zeichnen. Sie hält die Unterscheidung für künstlich, da sie nicht auf einer faktischen Differenz, sondern auf der historischen Differenz der Entwicklung unterschiedlicher Professionen beruht (vgl. ebd., S. 74).

In der Tat kann kein professionelles Hindernis bestehen, weshalb ein Sozialarbeiter nicht im vollen Sinne analytisch arbeiten können sollte, das heißt, weshalb er nicht qua Profession dazu befähigt sein sollte, im Verlauf eines Heilungsprozesses sowohl zwischen korrekten Verstehens- und Erklärungsphasen zu wechseln. Die Voraussetzung hierfür ist, dass er – auf welchem Wege auch immer – theoretisch und praktisch ausreichend dazu befähigt wurde, einen solchen Therapieprozess aufzunehmen. Die dafür erforderliche Theorie und Praxis der Selbstpsychologie sind sicher nicht Teil der Standardausbildung der Sozialen Arbeit und nicht zuletzt deswegen habe ich mich im vorhergehenden Kapitel bemüht, den Platz des grundständig ausgebildeten Sozialarbeiters im selbstpsychologischen Heilungsprozess zu bestimmen. Doch die Frage der Ausbildung ist für mich hier nicht der Punkt. Der Punkt für mich ist, dass, auch wenn kein professionelles Hindernis für den Sozialarbeiter besteht – noch logisch bestehen könnte -, es ihm einige Anwendungsfeld der klinischen Sozialarbeit schlicht nicht erlauben, tatsächlich den analytischen Prozess im Sinn der Selbstpsychologie durchzuführen.

In einer fortgesetzten Beziehung von Klient zu Sozialarbeiter kann bei einer verlässlichen empathischen Haltung Strukturbildung im Sinn der Verständnisphase angeregt werden, doch ist es zu bezweifeln, ob die zeitliche und personale Angewiesenheit hinreichend ist, um eine Übertragungsbeziehung hervorzurufen, die mit ihren wechselnden Ansprüchen über einen langen Verlauf durchgearbeitet werden könnte. Dynamische und gar genetische Interpretationen können nur dann mit einiger Gewissheit abgegeben werden, wenn der Sozialarbeiter sich durch eine intensive empathische Versenkung mit allen wesentlichen Belangen im Leben des Klienten auseinandergesetzt hat, diese Versenkung im direkten, konzentrierten Austausch mit ihm vornehmen konnte und jede Reaktion des Klienten auf seine Interpretationen aufgreifen und sich für ein tieferes empathisches Verständnis zunutze machen kann. Interpretationen, die nicht aus dieser tiefen

empathischen Bezogenheit erwachsen, können an schwere Empathiefehler grenzen, die die Kohäsion des Selbst des Klienten soweit zerrütten, dass er sich vor einer Fortführung der therapeutischen Beziehung zurückzieht.

Unter Punkt 2.6 habe ich bereits den therapeutischen Prozess der Selbstpsychologie beschrieben. Elson selbst zeichnet ihn mit hoher Prägnanz:

Das defensive Verhalten des Klienten, das sich nach Empathiefehlern des Therapeuten zeigt, kann sich im Durcharbeitungsprozess auflösen, wenn es Gegenstand von Akzeptanz, Verständnis und Erklärung wird. Ein Kreislauf der Zerrüttung und Wiederherstellung der Festigkeit des Selbst wird etabliert, der im Verlauf der Therapie eine höhere Toleranz des Klienten gegenüber narzisstischen Kränkungen zeitigt. Wird ein Empathiefehler vom Klienten wahrgenommen, liefert der Therapeut dafür plausible Gründe, auf die der Klient mit seiner eigenen Erfahrung antwortet. Auf diese Weise entsteht ein hermeneutischer Zirkel von Vermutung, Bestätigung und Berichtigung (vgl. ebd., S. 73-74).

Ich möchte nicht in Abrede stellen, dass in bestimmten Beratungskontexten oder Kontexten von intensiver psychosozialer Begleitung – und natürlich insbesondere in der Psychotherapie – die Bedingungen für eine langdauernde empathische Versenkung gegeben sind. Doch Miriam Elson sieht die Möglichkeit eines Strukturaufbaus durch Verstehen und Erklären auch in Handlungsfeldern der klinischen Sozialarbeit gegeben, in denen diese Bedingungen nicht realistisch gegeben sein können.

Reflektiert Elson über den Sozialarbeiter, der Selbstpsychologie anwendet, dann trifft sie nie die Unterscheidung zwischen Verständnis- und Erklärungsphase. Mit dieser Unterscheidung könnte sie vielleicht zugestehen, dass es sich in gewissen Arbeitskontexten anbietet, nur vom Einsetzen von einer dieser Phasen zu sprechen. Hingegen sieht sie fortwährend – und in der Tat, nichts spricht dagegen – den Sozialarbeiter für dynamische und genetische Erklärungen im Recht. Ich möchte zuerst nachweisen, dass ich Elsons Auffassung hier korrekt wiedergebe.

Sie schreibt vom Interpretieren und Durcharbeiten der Übertragungserfahrungen (vgl. ebd., S. 50). Die optimale Frustration in der therapeutischen Beziehung könne die Interpretation einleiten und somit den Klienten befähigen, die Kindheitsbezüge in seinem aktuellen Problem zu erkennen (vgl. ebd., S. 56). Eine Spiegelübertragung verlange nach der Erklärung des Therapeuten, warum sie sich in der aktuellen therapeutischen Situation herstelle und sie verlange nach der Interpretation ihrer Wurzeln in der Kindheit (vgl. ebd., S. 138) - das heißt, der Therapeut darf sich sowohl für die Abgabe einer dynamischen als auch einer genetischen Erklärung berechtigt fühlen.

Als ein neues Selbstobjekt für den Klienten vollbringe der Sozialarbeiter nicht nur die Funktion, dessen gegenwärtigen emotionalen Zustand zu verstehen, sondern auch das Selbstobjekt-Milieu und die Ereignisse in der Vergangenheit, die zu den Defiziten im Selbst führten (vgl. ebd., S. 6) – dass hier der Sozialarbeiter eine Funktion ausführt, kann offenbar nur bedeuten, dass er auch genetische Interpretationen vornimmt. Es wäre auch nicht einsichtig, wie kognitives Verstehen der Ursachen in der Vergangenheit über das emotionale Verstehen des gegenwärtigen Zustands [„the affect (cue to inner state) in the present“] herbeigeführt werden soll, weshalb ja Elson neben dieses affektive Verstehen zusätzlich dazu [„in addition“] das Verstehen der pathogenen Konstellationen stellt.

Weiterhin markiert Elson die Unterscheidung zwischen der Interpretation einer Übertragungserfahrung und einer Heilung, die für bestimmte Patienten schon durch eine 'korrektive emotionale Erfahrung' eingeleitet werden könne (vgl. ebd., S. 76). - Dies ist im Prinzip die Unterscheidung, die Kohut im therapeutischen Prozess mit der Verstehens- und Erklärensphase ausleuchtet. Aus dem Kontext geht hervor, dass Elson den Sozialarbeiter nicht allein für das emotionale Verstehen, sondern auch für die erklärende Interpretation für befugt hält.

Ich möchte in der folgenden Darstellung mit Elson mitgehen, zumal sie mit Feinsinn den Unterschied dokumentiert, den eine Übertragungssituation in einer klassischen Analyse im gegenüber zu einer Selbstobjektübertragung ausmacht. Weiterhin erklärt sie, warum sich die Soziale Arbeit nicht aus Ängsten vor Reaktionen, die schwer einzuordnen sind, damit bescheiden sollte, vor den Tiefen der Psyche des Klienten Halt zu machen.

Die Zurückhaltung der Sozialen Arbeit, sich in der Interpretation von Übertragungserfahrungen zu weit vorzuwagen, zeugt von einem Missverständnis darüber, welche Elemente von Übertragung in der Fallarbeit in der Klinischen Sozialen Arbeit tatsächlich auftreten. Denn es ist nicht bedenklicher, die auftretenden Übertragungselemente aufzugreifen, als ein beliebiges anderes Element in der Kommunikation. Von der klassischen Psychoanalyse unterscheidet sich Fallarbeit wesentlich dadurch, dass der Klient nicht dazu angeregt wird, den Regress in die Vergangenheit anzutreten. Die Treffen sind weniger häufig; der Klient ist ermuntert, für sich zu sprechen, doch ist dies nicht zu verwechseln mit der Anwendung der freien Assoziation als Methode, die zum Regress in die Kindheit führt und in die Übertragungsneurose mündet. Schließlich ist die Beziehung von Klient und Sozialarbeiter in der Regel mit weiteren Realitätselementen durchsetzt, die die Art der Übertragung anders als in der klassischen Psychoanalyse bestimmen (vgl. ebd., S. 70-71). Gerade, wenn die Fallarbeit auch mit materiellen Belangen des Klienten verknüpft ist, ist sie viel stärker Teil der Realität des Klienten: wenn Sorgen abgewendet werden, wenn für Kinder eine Unterbringung gefunden wird, wenn verschiedenen Ressourcen vorgeschlagen werden usw. (vgl. ebd., S. 69). Darüber hinaus ist eine Selbstobjektübertragung anders qualifiziert. In ihr nimmt der Klient den Sozialarbeiter nicht missverständlich in einer elterlichen Rolle wahr und ordnet ihm nicht missverständlich Frustrationen und gewünschte Gratifikationen aus seiner Kindheit zu. Vielmehr hat er das legitime Bedürfnis, den Sozialarbeiter als neues Selbstobjekt in der Gegenwart zur Strukturbildung nutzen zu können. Die Warnung der Theoretiker der Sozialen Arbeit an die Praktiker, keine Übertragungsneurose herauszufordern, geht somit ins Leere, da es sich hierbei um ein Übertragungsphänomen handelt, dessen Entstehung speziell im Rahmen der besonderen Bedingungen der Durchführung einer klassischen Psychoanalyse gesucht und gewollt ist: es ist ein iatrogenisches, ein analyse-spezifisches Phänomen (vgl. ebd., S. 71-21). Nimmt der Sozialarbeiter die Rolle eines neuen Selbstobjekts ein, bedeutet dies nicht, dass er jetzt die Rolle einnimmt, in der die frühen Selbstobjekte versagten, nämlich, die kindlichen Bedürfnisse, in denen das Kind nach empathischer Resonanz suchte, zu befriedigen. Es ist vielmehr das Verständnis des Therapeuten für die unbefriedigten Bedürfnisse des Klienten, das eine empathische Bindung herstellt (vgl. ebd., S. 50-51).

Ich habe also, bis hierhin, die Ansicht Elsons von der prinzipiellen Kompetenz des Sozialarbeiters zur selbstpsychologischen Therapie zustimmend aufgenommen. Jedoch muss ich schon bei dieser Darstellung des Übertragungsphänomens dazu überleiten, erste Kritik an Elson zu üben, um dann im nächsten Unterkapitel genau zu erklären, was ich bereits angedeutet habe: dass ich denke, dass sie sich mit der Ansicht über die umfängliche Anwendung der Selbstpsychologie in der Klinischen Sozialen Arbeit zu weit von der Selbstpsychologie Heinz Kohuts entfernt hat, um noch, in diesem bestimmten Fall, über die Anwendung der Selbstpsychologie Heinz Kohuts schreiben zu können. Ich will jetzt diesen ersten Verdacht äußern.

Indem Elson den Unterschied zwischen einer klassisch analytischen und einer selbstpsychologischen Übertragungsbeziehung herausgearbeitet hat, sehe ich die Gefahr, dass sie, aufgrund zu starker Kontrastierung, die tatsächliche Tiefe der selbstpsychologischen Übertragungsbeziehung verkennt und somit auch dann eher geneigt ist, die Durcharbeitung von Übertragungsphänomenen in Kontexten der Sozialen Arbeit vorzuschlagen, die keinen intensiven individualtherapeutischen Kontakt zum Klienten ermöglichen.

Es ist nicht Ansinnen des selbstpsychologischen Therapeuten, den Klienten in eine Übertragungsneurose zu verwickeln, die sich über Jahre hinweg entwickeln kann. Es steht außer Frage, dass sich Übertragungsphänomene, die von Selbstobjektbedürfnissen ausgehen, spontaner und gegenwartsbezogener zeigen, als eine Übertragungsbeziehung, die über den kindlichen Regress angeregt wird. Doch das bedeutet in keiner Weise, dass sich das Durcharbeiten der Selbstobjektübertragungen zeitlich kürzer gestalten könnte. So sieht auch Kohut einen Therapieprozess nicht anders als über einen mehrjährigen Verlauf (vgl. Kohut 1991, S. 289). Denn der Klient ist sehr empfindsam gegenüber narzisstischen Kränkungen. Er durchlebt eine hohe Sensibilität gegenüber Versagungen des neuen Selbstobjekt des Therapeuten. Daher wird der Klient allein bei intensivem empathischen Eingehen und über einen langen Zeitraum hinweg seine Selbstobjektbedürfnisse in ihrer ganzen Breite und Intensität geltend machen – die archaischen Selbstobjektbedürfnisse, die weiterhin bestehen, da es zu einem Entwicklungsstillstand in der Ausbildung psychischer Struktur gekommen ist, der wiederaufgenommen werden muss, um das Selbst Heilung erfahren zu lassen. Auch wird der Klient nur unter den genannten Bedingungen Versagungen der Selbstobjektbedürfnisse ertragen können, sodass sie zu optimalen Versagungen werden, ohne, dass es zur nachhaltigen Zerrüttung oder zum Abbruch der Übertragungsbeziehung kommt.

3.2.2 Kritik an Elson

Wie erwähnt stimme ich Elsons Ansicht zur selbstpsychologischen Kompetenz des Sozialarbeiters unumwunden zu, sofern der Gegenstand der Betrachtung allein eine mit Individualtherapie vergleichbare Begleitung des Klienten durch den Sozialarbeiter ist. Doch darüber hinaus will Elson die Anwendung der Selbstpsychologie auch auf Gruppen von Individuen ausweiten, wie auch die Arbeit mit Gruppen einer der Pfeiler der Sozialen Arbeit ist. Bedeutsam ist hier, dass Elson nicht etwa eine Anwendung selbstpsychologisch inspirierter Prinzipien meint, die vielleicht ein Klima schaffen, in dem sich die einzelnen Gruppenmitglieder gegenüber dem Sozialarbeiter empathisch aufgehoben fühlen – der Ansatz einer Verständnisphase. Dies ist nicht der Fall, denn Elson sieht die Möglichkeit für einen vollständigen Therapieprozess mit solidem Strukturaufbau in allen Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialen Arbeit gegeben. Ich komme zu diesem Urteil, weil sie erstens keine Unterscheidung trifft – weil sie nicht darauf hinweist, dass im Setting von Gruppenarbeit empathische Versenkung, eine langwierige Erklärungsphase und Strukturaufbau nicht so stattfinden kann, wie dies in der Individualtherapie möglich ist. Außerdem greift sie auf die Konstruktion eines wörtlich verstandenen 'Gruppenselbst' zurück, um die Möglichkeit der Durcharbeitung von Übertragungsphänomenen auch bei Gruppen und somit einen vollständigen Therapieprozess auch bei Gruppen plausibel zu machen.

Übertragungsbedürfnisse, so Elson, können sich ebenso gut im Setting von Familientherapie wie Individualtherapie geltend machen. Und in beiden Konstellationen kann durch das empathische Eingehen des Therapeuten ein Prozess der Strukturbildung in Gang gesetzt werden, der beim Individuum zum Erwerb einer neuen psychischen Struktur führt (vgl. Elson 1986, S. 240). Elson erkennt zwar an, dass Kohut selbst sich mit Gruppentherapie als einer Art von Behandlung nie beschäftigt hat, doch sie meint trotzdem, dass dies von einer kreativen Anwendung seines Erklärungsmodells auf diese Art von Intervention nicht abhalten sollte. Im weiteren nennt Elson das Gruppenselbst, das eine Übertragungsbeziehung mit dem Sozialarbeiter anstrebe. Der Sozialarbeiter, der empathische Resonanz mit den Bedürfnissen der Gruppe zeigt, kann bewirken, dass seine Funktion für das Gruppenselbst durch optimale Frustration in die Selbststruktur der Gruppe eingeht und so zu einer erhöhten empathischen Empfindsamkeit der Gruppe für die Bedürfnisse ihrer einzelnen Mitglieder führt. Dadurch reicht die Strukturbildung gleichermaßen bis

zum einzelnen Gruppenmitglied durch (vgl. ebd., S. 244-245).

Elson gesteht allerdings den allein impressionistischen Wert dieser Überlegungen zu, weil die Studie der selbstpsychologischen Behandlung sich bislang auf die Einzeltherapie konzentrierte und die Möglichkeit der Behandlung der Gruppe Familie und von Gruppen allgemein außen vor ließ (vgl. ebd., S. 239).

Ich halte diese Bemerkungen für problematisch. In der Tat hat Kohut von einem „Gruppenselbst“ geschrieben, wenn er sich mit den Meinungskämpfen zwischen den einzelnen psychoanalytischen Richtungen auseinandersetzt (vgl. ebd., S. 244). Es ist allerdings ein weiter Weg, von da aus darauf zu schließen, dass durch einen analogen Therapieprozess die Bildung von *tatsächlicher* psychischer Struktur in einem *tatsächlichen* Gruppenselbst angeregt werden könnte - psychische Struktur, die für die Selbstpsychologie in einer tatsächlich-personalen Psyche um die Pole der Ambitionen und Ideale konstellierte ist, über die sich die Talente und Fertigkeiten spannen; psychische Struktur schließlich, aus der sich die Bewegung hin zu einer Übertragungsbeziehung initiiert. In diesem Sinn wird deutlich, dass Kohut die Analogie des Gruppenselbst tatsächlich nur als Analogie versteht: als metaphorisch-deskriptiv, so zutreffend die Metapher auch sein mag.

Es geht mir hier allerdings nicht darum, das, was ich als die eigentliche Lehre der Schriften Kohuts wahrnehmen würde, gegen Fortführungen in Schutz zu nehmen, die sich so aus den Schriften nicht ableiten lassen. Im Gegenteil. Ich hätte großes Interesse dafür gezeigt, wie Elson erklärt hätte, wie ohne ein biologisches Substrat psychische Struktur möglich sein soll – zudem eine psychische Struktur, die der organisch unterlegten Psyche der Einzelperson anscheinend völlig gleicht. Ich hätte mit Begeisterung darüber gelesen, wie diese neue Entdeckung von Psyche das therapeutische Anwendungsfeld der Selbstpsychologie auf alle Arbeitsfelder der Klinischen Sozialen Arbeit ausweiten kann. Leider ist Elson diese grundlegende Erklärung schuldig geblieben. Doch selbst, wenn diese Erklärung erfolgt worden wäre, würde ich annehmen, dass hier eine Abweichung von selbstpsychologischen Prinzipien vorliegt. Eine Abweichung als solche braucht nie problematisiert werden. Doch wenn sie vorliegt, sollte sie als solche qualifiziert werden. Es scheint mir, dass Elson sich der Abweichung nicht bewusst ist.

Um dies zu veranschaulichen, möchte ich nochmal Kohuts Beispiel von der kleinianischen Analytikerin aufgreifen.

Kohut will sich gar nicht darauf festlegen, welche genetisch-dynamische Erklärung im Hinblick auf die Patientin denn zutreffend gewesen wäre. Er denkt nicht, dass ihm dies zusteht und das ist auch der Punkt seines Vorwurfs: dass es der kleinianischen Analytikerin in diesem Fall auch nicht zugestanden hätte, eine solche Erklärung sicher abzugeben. Denn dynamisch-genetische Interpretationen, die sich nicht auf eine langdauernde empathische Versenkung in die psychischen Zustände eines Patienten stützen, illustrieren für Kohut nur eine 'wilde Analyse' (vgl. Kohut 1991, S. 164). Eine wilde Analyse ist abzugrenzen von einer korrekten Analyse, da das angemessene analytische Arbeiten einen Prozess des Durcharbeitens voraussetzt, der eine genetisch-dynamische Interpretation von Übertragungserfahrungen beinhaltet (vgl. ebd., S. 182-183). Denn der Versuch, sich ein Verständnis für die innere Erfahrung des Klienten anzueignen, schließt für Kohut die langdauernde empathische Versenkung in die *Übertragungsbeziehung* ein (vgl. Kohut 2009, S. xxi-xxii). Aus diesem Grund behält sich Kohut vor, die strukturellen Zuwächse, die aus der Intervention der Therapeutin resultieren, eher als psychotherapeutisch denn als analytisch zu beschreiben (vgl. Kohut 1991, S. 182).

Mit dieser Klassifikation will Kohut aber keine terminologischen Finessen anschneiden, sondern den therapeutischen Effekt der Interpretation in der therapeutischen Einheit aus Verständnis und Erklären erhellen. 'Analytische Heilung' ist für Kohut nämlich ein bedeutungstragender Begriff, da

er den Aufbau von psychischer Struktur meint, wie er sowohl vom Verständnis als auch vom Erklären angeregt wird (vgl. ebd. 182-183).

Das heißt, therapeutische Bedingungen, die keine langdauernde empathische Versenkung in die individuelle Psyche des Klienten zulassen, therapeutische Bedingungen, die dem langwierigen hermeneutischen Zirkel des Durcharbeitens der Übertragungserfahrungen nicht ausreichend Raum geben, fallen hinter die Möglichkeiten von Strukturaufbau zurück, die unter den Bedingungen intensiver Individualtherapie stattfinden. Weil sie aber hinter diese Möglichkeiten zurückfallen, sind sie nicht eigentlich selbstpsychologische Therapie. Der vollständige Therapieprozess aus Verstehen und Erklären kann sich nicht entfalten.

Ich habe bei Elson nur eine Bemerkung gefunden, die darauf schließen lässt, dass sie dieses Problems gewahr sein könnte. So schreibt sie, dass die Kindheitsvorläufer einer aktuellen Übertragung zwischen Klient und Therapeut in einem breiten Anforderungssetting von Fallarbeit, wie etwa in Ämtern, nur wenig in den Fokus einer Interpretation genommen werden können (vgl. Elson 1986, S. 74).

Um wie viel mehr, so würde ich fortführen, trifft dies bei der Arbeit mit Gruppen zu (sofern es nicht darum gehen soll, die Pathologie eines wie immer gearteten 'Gruppenselbst' genetisch-dynamisch zu rekonstruieren, anstatt die Problematiken der einzelnen Gruppenmitglieder).

Aus den aufgeführten Gründen schließe ich, dass Miriam Elson nicht überzeugend darstellen konnte, weshalb es möglich sein soll, das volle therapeutische Potential der Selbstpsychologie im ganzen Spektrum der Klinischen Sozialen Arbeit fruchtbar zu machen.

Abschließende Worte

Der Sozialarbeiter ist nun unter selbstpsychologischer Betrachtung im klinischen Arbeitsfeld der psychosozialen Not positioniert. Die Haltung des Verstehens, die ihm zukommt, wird durch das Wissen um das Bedingungsfeld der Pathologie des Klienten noch bestärkt. Darüber hinaus besteht bei entsprechender theoretischer und praktischer Kenntnis für einen Sozialarbeiter kein Hindernis, einen selbstpsychologischen Therapieprozess im Rahmen intensiver Individualbegleitung zu initiieren. Sind die Bedingungen intensiver Individualbegleitung nicht gegeben, sollte sich der Sozialarbeiter mit der Haltung des Verständnisses bescheiden und von genetisch-dynamischen Interpretationen Abstand nehmen. Sind Interpretationen nicht durch die Daten aus einer langdauernden empathischen Versenkung informiert, sind sie ferner nicht im Rahmen einer zuverlässigen empathischen Bindung eingebettet, können sie als schwere – traumatische – Empathiefehler wahrgenommen werden, die die Pathologie niemals lindern und allenfalls verstärken können.

Strebt der Sozialarbeiter aufgrund seines Handlungsfelds allein eine Verständnis-Beziehung zu seinem Klienten an, ist die Kenntnis der selbstpsychologischen Erklärungen für die Entstehung von Pathologie ungebrochen für ihn geeignet, da sie in erfahrungsnaher Sprache gehalten sind. Damit weisen die Erklärungen auch eine besondere Eignung für den vorrangig praxisbezogenen Zugang des Sozialarbeiters zur emotionalen Welt seines Klienten auf. Ich denke, dass das Verhalten im klinischen Setting gegenüber dem Klienten besser moduliert werden kann, wenn ein Bewusstsein

für das Warum der Handlungen besteht. Wie ich an einzelnen Störungsbildern exemplarisch dargelegt habe, ist das Warum im Sinne der Selbstpsychologie verständlich und eingängig und schließt in sich schon die Möglichkeit einer Besserung der Pathologie durch empathische Beziehungsgestaltung ein.

Allgemein kann sich der Sozialarbeiter als Selbstobjekt für einen Klienten anbieten, der unter einer bestimmten Pathologie leidet. Diese Rolle wird er schon dadurch erfüllen, wenn er nicht davor zurückschreckt, als Selbstobjekt beansprucht zu werden. Damit trägt er effektiv zur Linderung der Pathologie des Klienten bei.

Bibliographie

Elson, M.: Self Psychology in Clinical Social Work. New York, London 1986.

Kohut, H.: Analyse et guérison. Paris 1991.

Kohut, H.: Narzißmus – Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt am Main 1976.

Kohut, H.: The Restoration of the Self. Chicago(USA) 2009.

Macmillan, M.: Freud Evaluated – The Completed Arc. Amsterdam u.a. 1997.