

W. Kinston

ARBEITSGRUPPE ZUM VORTRAGSTHEMA

Herr Loch eröffnet die Arbeitsgruppe mit einer Frage nach der Natur des Traumas, von dem Herr Kinston spreche, welches nicht in verbale Repräsentanzen habe transformiert werden können.

Er überlegt, ob die Metapher des Loches selbst, das Reden des Patienten von der Leere, von der Gefühllosigkeit, nicht selbst eine Art von Abwehr des Traumas darstellt.

Mr. Kinston stimmt nur zum Teil zu, meint, das „Loch“ wahrzunehmen, es zu erkennen (recognize) sei eine Art, es zu erfahren und somit keine Abwehr.

Von einem anderen Diskussionsteilnehmer werden die von Winnicott beschriebenen „agonalen Angstzustände“ als Inhalte des „Lochs“ angeführt.

Mr. Kinston benennt als typische Qualitäten des Lochs (urverdrängtes Trauma) „unrememberable, unforgettable“, deswegen keine Repräsentanzen.

Die Modalität der nicht repräsentierten, aber doch vorhandenen Erinnerung ist instinktiv, automatisch, beim Durcharbeiten des Traumas können Halluzinationen auftreten. K. berichtet hier das Beispiel eines Patienten mit coenaesthetisch anmutenden Kopfdruckbeschwerden, bei welchen sich eine verlängerte und komplizierte Austreibungsphase während der Geburt herausstellte.

Das Loch, die Urverdrängung müsse mit einem aktuellen Defizit in Verbindung gebracht werden.

Die Anerkennung des realen Gehaltes der Traumatisierung sei notwendig, sonst sei Analyse eine Art von „brain-washing“.

Herr Biermann weist darauf hin, daß man es auch im Zustand der primären Bezogenheit nicht ausschließlich mit Urverdrängung zu tun habe, daß es drumherum ja auch noch etwas gäbe. Er weist auf einen möglichen Zusammenhang mit dem Freud'schen Konstrukt der Urphantasien hin, bei welchen auch aus einem Katastrophenereignis jeweils etwas Neues kriert werde. Aus der Beobachtung der Urszene (des elterlichen Geschlechtsverkehrs) der Ursprung des Subjekts, aus den Kastrationsphantasien die Wahrnehmung des Geschlechtsunterschieds.

In seiner Antwort stellt K. klar, daß der Begriff des „Lochs“ ein Begriff des Patienten sei. Der entsprechende konzeptionelle Begriff laute: „basic-fault“ (Grundstörung) oder psychotischer Kern oder Nichtintegration. Die primären Phantasien (Urphantasien) können seines Erachtens dieses Loch repräsentieren.

Herr Biermann fragt weiter, ob das bedeute, daß man nach den realen Inhalten der Urphantasien fragen müsse.

Herr K. zögert mit einer Antwort. „Das Trauma des anderen ist mein Trauma.“ „Man braucht es nicht in die Vergangenheit zu verschieben, man kann es in der Gegenwart erleben!“

Frau Böök fragt, ob der Inhalt der Urverdrängung mit der elterlichen Psychose identisch sei, was meiner Erinnerung nach von Herrn K. als Synonym akzeptiert wird.

Ein Teilnehmer fragt, ob das Loch, die Urverdrängung, etwas Universelles sei.

K. widerspricht dem mit dem Hinweis auf das alte Ägypten. Im alten Ägypten wäre eine Analyse im heutigen Sinne nicht möglich gewesen, weil es sozusagen gesellschaftlich akzeptiert gewesen sei, daß die Eltern ihre Kinder traumatisierten.

Herr Beland fragt, ob man nicht zwischen „primärer Bezogenheit“ und traumatisierter primärer Beziehung unterscheiden müsse.

Herr Canzler fragt nach den Bedingungen eventueller Traumatisierungen des Analysanden durch den Analytiker.

K. antwortet, daß eine Traumatisierung des Patienten durch den Analytiker nur im Zustand der primären Bezogenheit möglich sei. Dieser Zustand mache sich durch eine Verschlechterung im Zustand des Patienten bemerkbar, bewirke im Analytiker Verwirrung und löse Sorgen aus, daß der Patient sterben könne. Es handle sich nicht um Todesangst – das sei eine höherdifferenzierte Angst, die zumeist an den neurotischen Zustand geknüpft auftrete – es handle sich wirklich um ein Risiko zu sterben. Aber erst in dieser Situation habe der Patient auch die Möglichkeit, sein Leben zu ergreifen.

Bis zur Ebene der primären Bezogenheit wisse der Analytiker oft mehr über den Patienten als dieser selbst. Mit Erreichen dieses Stadiums sei dies nicht mehr gegeben und der Analytiker müsse dem Patienten folgen, hier seien für den Analytiker allenfalls noch Vermutungen möglich.

K. bringt an dieser Stelle das Beispiel einer Patientin, aus deren Erlebnissen während der Dekompensation beim Erreichen der traumatischen Phase sich die Elemente der Traumatisierung rekonstruieren ließen. Die Patientin hatte keinerlei Erinnerung an den aus der Art ihrer Dekompensation zu vermutenden sexuellen Mißbrauch. Durch Befragen von Familienangehörigen ergab sich dann tatsächlich, daß die Patientin zwischen ihrem dritten und sechsten Lebensjahr regelmäßig sexuell mißbraucht worden war.

Die Wahlen, die wir im Leben haben, sind durch das Trauma eingeschränkt, die Erkennung des Traumas ermöglicht wieder neue Wahlmöglichkeiten.

Es taucht erneut die Frage nach der Abwehrfunktion des „Loch“empfindens auf, die von K. aufs neue zurückgewiesen wird.

Als die Traumatisierung geschah, war das Kind real von Tod bedroht und schützte sich durch die Entwicklung einer objektnarzißtischen Schale, die bedeutet, lebendig tot zu sein.

Nimmt man diese Schutzschicht weg, z.B. in einer Analyse, droht realer Tod.

Objektnarzißismus sieht destruktiv aus und ist es auch, aber er erlaubt zu überleben. Je nach Behandlungsphase muß man mehr die Destruktivität oder die vor dem Tod schützende Funktion betonen. In derartigen Stadien des analytischen Prozesses fühlten sich die Analytiker in der Gegenübertragung oft mörderisch vom Patienten bedroht und deuteten dementsprechend auch Mordwünsche. Eine derartige Deutung setzte jedoch voraus, daß der Patient wirklich eine Person sei, was nicht der Fall sei. Man darf einen Menschen in diesem Zustand nicht wie eine erwachsene Person behandeln.

Herr Loch meint, daß der physische Tod eine Wiedervereinigung mit dem verlorenen primären Objekt darstellt.

Herr Kinston glaubt nicht daran, verweist auf Freuds Arbeit „Jenseits des Lustprinzips“.

Herr Beland weist auf den Muselmannzustand der KZ-Inhaftierten als Beispiel für einen primären Zustand hin.

K. sieht das Angewiesensein auf Primärobjekte nicht allein auf die frühe Kindheit beschränkt. Primäre Objekte sind auch die Familie, die Kultur, the „physical environment“. Verlust oder Veränderung dieser Umge-

bung können für die betroffenen Menschen auch im Erwachsenenalter gefährlich sein. Die psychoanalytische Theorie tendiert nach Meinung von Mr. K. dazu, dieses Angewiesensein auf eine Umgebung zu vernachlässigen.

Auf einer Folie demonstriert K. die verschiedenen Bezeichnungen aus den Arbeiten anderer Autoren, die mit ihrem eigenen Begriff synonym dem des Primär-Objekts seien:

- bedürfnisbefriedigendes Objekt (A. Freud)
- durchschnittlich zu erwartende Umwelt (Hartmann)
- Container (Bion)
- Ermöglichende Umwelt (Winnicott)
- Schutzschild (Khan)
- Extrauterine Matrix (Mahler)
- Basis-Einheit (Little)
- Vermittler der Umwelt (Spitz)
- primäres Objekt (Balint)

Die Geburt eines ersten Kindes, der Übergang vom Ausbildungsstatus in das Berufsleben und ähnliche Veränderungen im Leben eines Menschen können bei Vorliegen einer früheren Traumatisierung Anlaß zur Erkrankung werden, traumatisch wirken. Ein Teilnehmer nennt den Berentungsschock als weiteres Beispiel.

Traumatisierte Menschen versuchen aus diesem Grund heraus häufig, jegliche Veränderung zu vermeiden.

Kinston sagt von sich selbst, daß er ein Mensch sei, für den die Beschäftigung mit Theorien sehr wichtig sei. Mit der Aufnahme einer neuen theoretischen Erkenntnis verändere sich daher seine personale Identität. Er könne sich von daher neurotische Widerstände gegenüber Veränderungen der Theorie vorstellen, um Veränderungen und damit Verunsicherungen der persönlichen Identität zu vermeiden. Er glaubt von sich selbst, daß seine Art, über das Trauma zu reden, bei Zuhörern Erinnerungen an eigene Traumatisierungen auslöst. Bei der Konfrontation mit seinen Überlegungen denke man automatisch auch an fatale Behandlungsverläufe und eventuelle Behandlungsfehler.

Herr Beland bestätigt, daß ihm bei K's Vortrag tatsächlich ein Patient eingefallen sei, den er wegen dessen manischer Psychose drängte, sich in

eine Klinik zu begeben. Dieser habe sich hierdurch verraten gefühlt und den Kontakt abgebrochen.

K. demonstriert ein Schaubild über den analytischen Prozeß, welches diesen in vier Stufen gliedert:

Anfangskontakt und Vertrag

neurotischer oder objekt-
narzißtischer Zustand

Aktivierung des Analytikers
als Primärobjekt

Bewußtsein unerfüllter Be-
dürfnisse und emotionaler Mängel

Entwicklung primärer Bezogen-
heit mit dem Analytiker

Wiederauftauchen des Traumas

Rekonstruktion von Aspekten
der traumatischen Erfahrung

Nach K.s Meinung kann man beim Nichterreichen der letzten beiden Stufen nur von Psychotherapie, aber nicht von Psychoanalyse sprechen. Dem Analytiker müsse klar sein, daß er diesen Weg zu gehen habe.

Herr Janssen fragt, ob man bezüglich des Schemas von einem geraden Weg in Richtung der vierten Stufe oder von einem „up and down“ ausgehen müsse, fragt weiter nach den Außenübertragungen.

K. antwortet, daß der Patient selbstverständlich nicht „alles“ bringe, daß man das, was er bringe, für das Ganze nehmen müsse. Ein „up and down“ sei möglich, aber prinzipiell habe man es vor Erreichen der traumatischen Ebene mit objektnarzißtischen Zuständen zu tun.

J. Scharff: „Sind beim Kontakt mit der traumatischen Ebene Änderungen der gewöhnlichen Technik notwendig? Ist es sinnvoll oder notwendig, den Patienten den Analytiker sehen zu lassen, körperlichen Kontakt zuzulassen?“

K. meint, daß es seines Erachtens nicht eine, sondern vier „gewöhnliche Techniken“ gäbe. Für manche sei das Interpretieren das Übliche, für andere das Unterstützen.

Möglich sei der ganze Bereich des Verhaltens, man müsse jedoch wissen, was man tue, oder sich zumindest darum bemühen. Er sei kein Befür-

worter von körperlichem Kontakt. Im Zustand der Traumatisierung könne es aber durchaus nützlich sein, einem Patienten, der die Praxis weinend und aufgewühlt verläßt, tröstend den Arm um die Schulter zu legen. Ansonsten glaube er, daß man mit dem üblichen Setting ohne Veränderungen auskomme.

Körperkontakt müsse jeweils nach der bestimmenden Ebene beurteilt und beantwortet werden. Im neurotischen Zustand könne der Patient dem Analytiker Körperkontakt in Form einer Umarmung nach der Stunde aufzwingen, was als Abwehr gedeutet werden müsse. Im objekt-narzißtischen Zustand könne er Körperkontakt suchen, um normal zu erscheinen. Im Zustand des Traumas könne körperlicher Kontakt im oben erwähnten Sinne sinnvoll sein. Wichtig sei eine möglichst natürliche Anpassung an die Situation. Eine Hemmung des Analytikers diesbezüglich könne als Unmenschlichkeit imponieren, das Bild eines seelenlosen Analytikers abgeben.

Es wird nach der Klassifikation gefragt, nach dem Unterschied zwischen Borderline-Zuständen und objekt-narzißtischem Zustand.

K. antwortet, daß es sich bei seinen Klassifikationen nicht um diagnostische Kategorien handle. Bei jedem Patienten fänden sich diese unterschiedlichen Ebenen, bei allen Patienten habe man als Analytiker damit zu tun.

Herr Biermann fragt, wie Analysanden auf einen seelenlosen Analytiker reagierten.

K. antwortet, daß die Analyse sich dann nicht entwickeln könne, daß der Patient sich vom Analytiker angeklagt fühle.

Er und Cohen seien derzeit mit einem Vergleich von Patienten beschäftigt, die von Greenson auf der einen und Rosenfeld auf der anderen Seite behandelt worden seien, um die Auswirkungen unterschiedlicher Techniken zu untersuchen.

Herr Biermann fragt, ob es beim Analytiker eine Gewohnheit oder ein Interesse gäbe, die Ebene des Erreichens des Traumas zu vermeiden.

K. entgegnet, daß zumindest der Patient dringend nach dieser Erfahrung suche.

Frau Gutwinski-Jeggle fragt, ob „nachträgliche“ Mißinterpretationen nach körperlichen Berührungen während des traumatischen Zustandes bei Wiedererreichen des neurotischen Levels möglich seien.

K. betont nochmals, daß er keineswegs ein Advokat von körperlichen Berührungen sein wolle. Wenn man sich während der Arbeit auf der traumatischen Ebene natürlich verhalte, könne man eigentlich nichts falsch machen. Manchmal sei es eben auch erst nachträglich möglich, zu verstehen, was man in einer bestimmten Situation getan habe.

Es wird gefragt, ob ein artifizielles Eintauchen in den objekt-narzißtisch Zustand denkbar sei wegen Nichtverstehen des neurotischen Konflikts.

Soweit ich das richtig verstanden habe, hält K. das für möglich, weil ein derartiges Nichtverstehen ja auch wieder eine Art von Traumatisierung sei. Der objekt-narzißtische Zustand sei eine Art von Notfallreaktion. Auch aus dem traumatischen Zustand heraus flüchte sich der Patient immer wieder in objekt-narzißtische Verhaltensweisen, einfach weil er seinen schlimmen Zustand kaum oder nicht ertragen könne.

Frau Krejci fragt, welches Konzept hinter dem neuen Ausdruck des Objekt-narzißismus stünde?

K.: Objekt-narzißtisch beinhalte Modalitäten wie reaktiv, nur auf elterliche Wünsche oder Wünsche der Außenwelt reagierend. Es entspreche ein Stück weit dem Begriff des „falschen Selbst“ bei Winnicott. Im Prinzip sei der Begriff ein Kondensat aus den Überlegungen Rosenfelds, Winnicotts und Kohuts.

Die drei von ihm unterschiedenen Unterformen des Objekt-narzißismus könnten jeweils auf einen der genannten Autoren bezogen werden. Der Typus der „offensichtlichen Nichtbezogenheit“ sei am ehesten bei Rosenfeld bearbeitet, der der „unterminierenden Scheinbezogenheit“ bei Winnicott, der der „bedürfnisbezogenen Dysbezogenheit“ bei Kohut.

Frau Krejci fragt noch einmal die Teilnehmer der Arbeitsgruppe, ob das Vermeiden des Traumas die Regel der Analyseführung der Gruppenteilnehmer sei, wundert sich über das Ausbleiben der affektiven Resonanz auf die Herausforderung des Anspruchs, das Trauma zu erreichen.

Herr Beland fragt, ob das Erreichen des Traumas in jeder Analyse lebensbedrohlich sei?

K. meint, für den Analytiker nicht, aber für den Patienten oder jemanden aus seinem Angehörigenkreis tatsächlich.

Frau Krejci beharrt, es könne sich hier nur um ein Scheineinverständnis mit dem Vortragenden handeln. Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe arbeiteten noch anders, vermieden die Gefahr des Todes für den Patienten.

K. meint, daß es wichtig sei, daß man diese katastrophischen Reaktionen als normal erwarte, dann könne man auch adäquater darauf reagieren, werde nicht überrascht. Im Zustand der primären Bezogenheit könne der Patient das Erreichen des Traumas erleben, ohne sterben zu müssen, er fühle sich jedoch so, als stürbe er („experience of dying“).

Herr Canzler erwähnt eine Arbeit des tschechoslowakischen Psychiaters Groff, der bei Untersuchungen einer großen Zahl von LSD-Psychosen ähnliche Katastrophenerlebnisse regelmäßig gefunden hat, so wie sie von Kinston für den traumatischen Zustand gefordert werden. Es wird auf Ranks Hypothese des Geburtstraumas verwiesen.

K. wendet ein, daß bei Rank nur dieses eine besondere Trauma bedacht werde, es gäbe aber eine riesige Zahl verschiedener Traumatisierungen und man könne nicht vorher wissen, welche Traumatisierung der Patient erfahren habe. Tatsächlich seien aber Geburtsphantasien für den Beginn von Analysen wohl durchaus üblich.

Auf die Frage, aus welchen Zusammenhängen er zu diesen theoretischen Überlegungen gekommen sei, gibt Herr K. eine kleine Selbstdarstellung. Er habe nur eine analytische Halbtags-Praxis, sein Mitarbeiter Cohen sei allerdings „fulltime-Analytiker“. Er selbst sei hauptsächlich an der Universität als Dozent tätig, mache jedoch auch viel Supervisionsarbeit mit anderen Analytikern, Politikern, Managern und Familien.

Er versuche Begriffsrahmen, „frameworks“, zu entwickeln, mit Hilfe derer man sich orientieren könne und evtl. zu Handlungsanweisungen finden könne. Er glaube, daß in dieser Funktion, begriffliche Verbindungen zwischen Theorie und Praxis herzustellen, seine besondere Begabung liege.