

CHRIS JAENICKE

Veränderung in der Psychoanalyse

Selbstreflexionen des Analytikers
in der therapeutischen Beziehung

Mit einem Vorwort von Donna Orange

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2010 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Roland Sazinger, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von fotolia/PIRML

Gesetzt aus der Minion von Dörlemann Satz, Lemförde

Auf säure- und holzfreiem Werkdruckpapier gedruckt

und gebunden von fgb – freiburger graphische betriebe

ISBN 978-3-608-94671-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische

Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Inhalt

Vorwort von Donna Orange	9
---------------------------------------	---

1. KAPITEL

Neue Perspektiven der Psychoanalyse – Drei Thesen	13
1. These: Das Primat der wechselseitigen Beeinflussung	13
2. These: Das Primat der Subjektivität	14
Klinisches Beispiel I	16
Klinisches Beispiel II	22
3. These: Das Primat der Ko-Determinierung	26
Zum Thema »Theorie«	26
Die im isolierten Geist implizierte Einseitigkeit	29
Die Einzigartigkeit der psychotherapeutischen Dyade: zwei Dilemmata	33
Zur praktischen Herangehensweise an das intersubjektive Feld	36
Die kritische Zuspitzung	40
Klinisches Beispiel III	42

2. KAPITEL

Aggression	46
Fallbericht Frau M.	48
Theoretische Überlegungen	52

Angeborene versus reaktive Aggression	55
Eine relationale Sichtweise	61
Eine feministisch-relationale Sichtweise	65
Die Theorie der motivationalen Systeme	76
Eine intersubjektivistische Perspektive	81
Eine kleinianische Sichtweise	89
3. KAPITEL	
Kollidierende Erfahrungswelten	96
Die therapeutische Begegnung mit Herrn U., dem »unbekannten Soldaten«	102
Einleitende Bemerkungen	102
Fallbericht	105
Abschließende Bemerkungen und theoretische Überlegungen zu der Begegnung mit Herrn U.	117
Die therapeutische Begegnung mit Herrn G.	119
Einleitende Bemerkungen	119
Fallbericht	121
Nachträgliche Überlegungen zur Rolle der Subjektivität des Analytikers	138
4. KAPITEL	
Die ödipale Phase und das postödipale Objekt aus intersubjektivitätstheoretischer Sicht	142
Die therapeutische Begegnung mit Frau M.: ödipales Begehren in einer Serie von Träumen	155
Epilog	163
Danksagung	175
Literatur	177
Über den Autor	181

Vorwort von Donna Orange

»Die Posaune wird ertönen«, weissagt der Bass in Georg Friedrich Händels berühmter Arie, »und wir werden verwandelt werden«. In der Psychoanalyse erschallen zwar keine Posaunen, doch wenn wir uns der intersubjektiven Komplexität, zu der uns Chris Jaenicke einlädt und herausfordert, nicht verschließen, werden auch wir eine tiefe Wandlung erfahren. Wir sind, um ihn selbst zu zitieren,

»aufgerufen, unsere fundamentalen Organisationsprinzipien partiell zu reorganisieren. Ich behaupte, dass die Therapie keine bleibende Wirkung zeigen wird, sofern wir nicht imstande sind, dieser Herausforderung gerecht zu werden und die Tiefe unseres eigenen Beteiligtseins anzunehmen. Um zu verändern, müssen wir uns selbst verändern lassen« (S. 26).

Die Frage, die unsere Patienten an uns richten, lautet, »ob wir willens sind, mit ihnen bis auf den Grund zu gehen« (S. 41). Die eigene Stimme, zu der Jaenicke mehr und mehr findet, indem er uns »die Risiken der Verbundenheit« schildert, erinnert mich an den alten Sándor Ferenczi, der es zuließ, dass seine Patienten ihn belehrten, ihn kritisierten, an ihm zweifelten, ihn supervidierten, ja sogar analysierten. Wenngleich Ferenczi am Ende einsah, dass die mutuelle Analyse – das Ergebnis seiner eigenen erfolglosen Analyse bei Freud – zwangsläufig scheitert, blieb er der Überlegung treu, dass jede wirklich engagierte Analyse beide Beteiligte verändert. Von der Leiden-

schaft und Aufrichtigkeit, mit der Ferenczi sich der klinischen Arbeit widmete, kündigt auch Chris Jaenickes Buch.

Der Philosoph Ludwig Wittgenstein ermahnte uns, den Unterschied zwischen *Sagen* und *Zeigen* zu beachten. Wir können das, was *gesagt* wird, mit den – freudianischen, kleinianischen, relationalen, selbstpsychologischen, motivationalen – psychoanalytischen Theorien abgleichen, die Jaenicke meisterlich handhabt, um Aggression, Sackgassen («kritische Zuspitzungen») und die Ödipalität zu untersuchen. Was nicht gesagt, sondern nur *gezeigt* werden kann, wird sichtbar, wenn er sich der intersubjektiven systemischen Theorie zuwendet. Ein Intersubjektivist kann seine Theorie, wie ich selbst immer wieder festgestellt habe, nur mit Hilfe persönlicher Berichte einleuchtend darlegen. Um die »therapeutische Wirkung« intersubjektiv-systemisch zu erklären, muss ich beschreiben, was beide Beteiligte ins Feld hineinragen und wie komplex und interdependent die Prozesse ihrer wechselseitigen Beeinflussung sowie der asymmetrischen Rollenverantwortung sind. Ich muss erläutern, wie mein Patient und ich einander verändern und wie wir beide durch unsere gemeinsame Arbeit, unser Spiel, unser Ringen verändert werden.

Indem Sie mit ihrem unverwechselbaren Bedürfnis, Resonanz zu finden und angenommen zu werden, in der nächsten Sitzung mein Behandlungszimmer betreten, wecken Sie, selbst wenn mir eigene innere Regungen das Mitfühlen erschweren oder verwehren, meine Demut und verändern mich. Angesichts Ihres tiefen Leids, Ihres Kummers, der Sie vor meinen Augen zu Tode quält, fühle ich mich in einer Weise verwandelt, für die ich keine Worte finde. Angesichts Ihres an mich gerichteten Appells, Ihre Verzweiflung nicht zu ignorieren, indem ich mich einfacheren Problemen zuwende, verändere ich mich. Angesichts Ihres unverkennbaren Reichtums und Ihrer Privilegien, die meine kleinmütige Scham wecken, verändere ich mich. Angesichts Ihrer von Gewalt und Verlassenheit geprägten Lebensgeschichte, die mich an meine eigene Erniedrigung, aber auch an unser beider Menschlichkeit erinnert, verändere ich mich. Ange-

sichts des Seelenmordes, den Ihre Eltern an Ihnen begingen, die Sie vor ihrem Hass und ihrer Grausamkeit nicht bewahrten und sogar noch heute meine eigene Fähigkeit und meinen Wunsch, zu trösten und zu beschützen, hintertreiben, werde ich demütig. Angesichts Ihres Bedürfnisses und Verlangens, so, wie Sie sind, Kind und erwachsener Mensch, geliebt und wertgeschätzt zu werden, und meines eigenen vielschichtigen Bedürfnisses, zu lieben und wertzuschätzen sowie geliebt zu werden, fühle ich mich herausgefordert und verändert.

Infolge unserer persönlichen »Teilnahme am Leiden des Patienten« (Jaenicke) werden wir »verwandelt werden«.

Ich danke dir, Chris, für dieses Buch.

Donna Orange, April 2010

1. KAPITEL

Neue Perspektiven der Psychoanalyse – Drei Thesen

Es war einmal eine Grundannahme der Psychoanalyse, dass es in der Psychotherapie um einen Therapeuten gehe, der einen leidenden Patienten zu heilen versucht. Um diese schwierige Aufgabe zu meistern, legten wir uns ein Rüstzeug aus theoretischem Wissen zu, absolvierten eine umfassende Ausbildung und unterzogen uns vor allem selbst einem langjährigen therapeutischen Prozess. Wir wussten, dass die Möglichkeit, Andere zu verstehen, mit dem Verstehen unser selbst beginnt. Uns war klar, dass wir uns in diesem Sinne das Handwerkszeug für unsere Arbeit beschaffen und dass wir selbst die Instrumente sind.

1. These:

Das Primat der wechselseitigen Beeinflussung

Trotzdem hat die Haltung, dass der Therapeut mit dem Patienten und für ihn etwas tut, unsere Arbeit einseitig charakterisiert. Die Zuschreibung der Therapeuten- und Patientenrolle macht dies plausibel. Der Patient sucht Hilfe, und wir gewähren sie ihm. Unter dem Aspekt der Rollenverteilung in der therapeutischen Dyade besteht diese Asymmetrie nach wie vor. Zwei Dinge haben sich jedoch verändert: Wir wissen inzwischen, dass auf der Ebene der menschlichen Interaktion völlige Bi-Direktionalität herrscht. Die Säuglingsforschung und die Neurowissenschaften stützen unsere Ansicht, dass

sich die Menschen fortwährend wechselseitig regulieren. »Die wechselseitige Beeinflussung ist keine Vorschrift für eine besondere analytische Haltung oder Intervention, vielmehr eine unerlässliche Bedingung zwischenmenschlicher Beziehungen« (Teicholz, 2007, S. 4). Einseitiges Handeln gibt es nicht. Jedes Handeln, Fühlen und Denken ist in intersubjektive Felder eingebettet. Deshalb sprechen wir vom intersubjektiven Feld der Psychotherapie als einer unteilbaren Einheit. Weder die Henne noch das Ei war eher da: Vom ersten Augenblick unserer Begegnung an sind wir mitten im Prozess der wechselseitigen Beeinflussung. Wir denken und fühlen nicht losgelöst vom Einfluss des Anderen und der mannigfaltigen Felder, denen wir zugehören. Das heißt freilich nicht, dass da draußen keine Realität existierte; wir sagen nur, dass wir uns nicht außerhalb dieser Realität verorten können, wie auch immer wir sie wahrnehmen. Es gibt kein Außerhalb (Orange, 2002).

2. These: Das Primat der Subjektivität

Die zweite neue Entdeckung, die unser Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses grundlegend verändert hat, betrifft das Primat der Subjektivität. Über alles, was wir anschauen, breitet sich der Schleier unserer Subjektivität. An jedem Baum, jeder Lampe, jeder Person, die wir wahrnehmen, klebt unsere Subjektivität. Es gibt keinen Gedanken, kein Wort, kein Gefühl oder kein Handeln unserem Patienten gegenüber, das nicht hochgradig subjektiv wäre. Unsere Wahrnehmungen sind nichts Gleichbleibendes, sondern von unserer Affektivität genährt und mit unserer Subjektivität durchtränkt.

Zwar ist es nicht neu für uns, zu sagen, dass unsere Interaktionen von der Subjektivität gesteuert und unsere Reaktionen von unseren Auswahlen und Auslassungen bestimmt sind, dennoch denke ich, dass wir die Rolle, die unsere Subjektivität in unserer Arbeit mit Patienten spielt, in ihrem ganzen Umfang noch nicht anerkannt haben. Auch unsere Auffassung des Übertragungsgeschehens ist inzwischen

genügend verfeinert und lässt uns eher von *unserer* Übertragung als von Gegenübertragung sprechen. Gleichwohl hoffe ich, mit dieser Arbeit zu einem besseren Verständnis des tiefen Einflusses unserer Subjektivität beizutragen. Meine langjährige Erfahrung als Supervisor und zahlreiche Stundenprotokollanalysen haben mich zu einer Neueinschätzung der Subjektivität des Therapeuten im Prozess der wechselseitigen Beeinflussung und somit im therapeutischen Prozess selbst veranlasst. Seither achte ich genauer auf den introspektiven Anteil des empathisch-introspektiven Untersuchungsmodus. Ich habe die mit der Empathie verknüpften Schwierigkeiten ausführlich beschrieben (Jaenicke, 1987, 1993, 2006), mittlerweile aber neue Einsichten gewonnen, wie Introspektion und Empathie miteinander verwoben sind.

Mit der Beschreibung der Empathie als stellvertretende Introspektion ist unser Anteil am Prozess nicht ganz erfasst, denn sie legt zu viel Nachdruck auf den Anderen und zu wenig darauf, wie das Verstehen des Anderen mit dem Verstehen unser selbst gekoppelt ist. Wir können den Anderen lediglich durch die Linse unserer eigenen Subjektivität wahrnehmen. Um ihn zu verstehen, müssen wir ergründen, wie wir wahrnehmen. Dies konfrontiert uns mit einer schwierigen Aufgabe, ist es doch fast unmöglich, unsere eigene Haltung im Blick zu haben und gleichzeitig den Anderen nicht aus den Augen zu verlieren. Außerdem ist es schmerzvoll: Wir müssen unsere Sichtweise durchschauen, bevor wir uns von ihr dezentrieren können, und diese Aufgabe ist nicht immer angenehm, da wir uns Myriaden von Reaktionen und Gefühlen gegenübersehen, die uns ein Bild unser selbst vermitteln, das uns manchmal wenig behagt oder sogar befremdet. Folglich hinkt unser Verstehen des Patienten immer hinterher. Im Lauf der Jahre habe ich diese Zeitverschiebung in der Empathie akzeptiert und fühle mich bei offenen Gestalten, wenn mein Verstehen mich im Stich lässt, nicht mehr so unwohl. Ebenso habe ich die Trial-and-error-Natur der Empathie akzeptiert und in die Tatsache eingewilligt, dass sie ständige Übung erfordert.

An der unabdingbaren Schulung der Introspektion ist für mich neu, dass ich systematisch die Rolle fokussieren muss, die meine Subjektivität beim Verstehen meiner Patienten spielt. Meine Subjektivität im Auge zu behalten stellt neuartige Anforderungen an mich. Das Studium von Verbatimprotokollen ist nicht nur im Hinblick auf den Patienten aufschlussreich; es zeigt uns auch deutlich, wie subjektiv unsere Interventionen sind. Die Reaktionen des Patienten auf uns bringen erbarmungslos ans Licht, wie weit wir uns einem ungefähren Verständnis seiner Person angenähert oder aber die Entfaltung seiner inneren Welt auf ein Nebengleis gelenkt bzw. zur Entgleisung gebracht haben. Dies ist keine implizite Forderung nach perfekter Empathie, vielmehr versuche ich, durch Aufzeigen des Umfangs, in welchem unsere Subjektivität unsere Empathie beeinflusst, die Behinderungen und Beschränkungen unserer empathischen Fähigkeiten zu erklären. Indem ich Subjektivität und Empathie gleichstelle, versuche ich unsere Unvollkommenheit zu systematisieren und uns auf diese Weise ein klinisches Werkzeug für den Umgang mit ihr an die Hand zu geben. Wird uns der Einfluss unserer Subjektivität bewusst, ist es paradoxerweise möglich, unsere Wahrnehmungen aus der Umklammerung unserer subjektiven Welt zu befreien und beim Verstehen der »Wahrheit« unserer Patienten zum dialogischen Ansatz zurückzukehren. Wir verändern, was wir betrachten, durch den Vorgang des Betrachtens und werden – nehmen wir nun den Aspekt der wechselseitigen Beeinflussung hinzu – dabei selbst verändert.

Klinisches Beispiel I

Die im Folgenden geschilderten Stunden stammen aus der von mir supervidierten Behandlung einer 40-jährigen Frau, die bei ihrer Mutter lebt und Handelsvertreterin ist. Sie beschreibt ihre Mutter als kontrollierend und tyrannisierend, als eine Frau, die ihre Grenzen verletzt, sie jedoch in ihren frühen Lebensjahren sich selbst überlassen hatte. Als Kind hatte die Patientin Angst davor, dass ihre Mutter

sterben und sie allein zurücklassen könnte. Ihr Vater hatte, ohne sich dagegen zu wehren, unter der Fuchtel ihrer Mutter gestanden, der Familie den Rücken gekehrt und ist wie eh und je nicht verfügbar und Objekt ihrer Sehnsucht. Die Patientin befürchtet grundsätzlich, verlassen zu werden und kein Glück im Leben zu haben. Das Thema ihrer Stunden bilden der Konflikt zwischen ihrer Verzweiflung darüber, keinen passenden Mann zu finden, und ihrer Angst vor Nähe sowie ihre Überzeugung, dass nichts, nicht einmal die Therapie, Abhilfe schafft. Die Patientin schildert, wie einer ihrer männlichen Freunde, der verheiratet ist, sie immer dann besucht, wenn er dringend ihren Trost braucht.

- P. ... und dann versuchte er mich zu küssen. Warum bloß? Er ist doch verheiratet!
- T. Das enttäuscht Sie. (Auch dass er nicht verfügbar ist, aber trotzdem Annäherungsversuche macht, verärgert die Patientin.)
- P. Ja, total. Ich habe ihm einen Abschiedsbrief geschrieben. Da ist ihm das Herz in die Hose gerutscht. Warum? (Der Patientin bleibt seine Angst rätselhaft, weil er eine Lebensgefährtin hat.)
- T. Es ist also oft sehr schmerzhaft, wenn Sie Nähe zulassen. Und in der letzten Stunde haben Sie über Ihre Angst vor Nähe gesprochen. Die macht es Ihnen nicht leicht, mit jemandem eine Beziehung anzufangen, weil es immer in einer Katastrophe endet. (Die Supervisorin zieht es vor, die Angst der Patientin und nicht ihre Entrüstung anzusprechen.)
- P. Ja. Die Partnersuche per Inserat hat auch nicht geklappt. Ich bin zu alt. Es ist einfach zu vertrackt.
- T. Demnach haben Sie wenig Hoffnung, dass die Therapie etwas ändern könnte.
- P. Nein, sie wird nichts bringen. Ich werde mir meinen Wunsch nach einem Ehemann und einem Kind abschminken müssen.
- T. Heute sprechen Sie Ihren Wunsch nach Nähe und Ihre Befürchtung aus, dass der Weg zu lang, fruchtlos und beschwerlich sei ... Sie *haben*

1. Neue Perspektiven der Psychoanalyse – Drei Thesen

einen ersten großen Schritt getan, indem Sie hierherkommen und ein wenig Nähe zulassen.

P. Ja, aber nur eine Stunde lang.

T. Das macht Ihnen nicht so viel Angst und beruhigt Sie.

P. Ja, drei Stunden in der Woche wären mir zu viel. Doch wenn *Sie* fortgehen würden, würde ich mich an Sie klammern. Das ist das Komische an mir. Eine Stunde ist zu wenig, aber ich habe auch Angst davor, dass jemand Besitz von mir ergreift. Ich fürchte, ich finde nie einen Partner. (Sie weint.)

T. Meiner Erfahrung nach hilft die Therapie ...

P. Ja, vielleicht, aber es liegt ja nicht allein an mir. Mir laufen einfach keine alleinstehenden Männer über den Weg. Überall nur Frauen, es ist grauenhaft ...

Den größten Teil der Stunde behält die Supervisandin den Wunsch der Patientin nach Nähe und ihre Angst vor Vereinnahmung im Blick. Unerwähnt lässt sie deren Empörung darüber, dass dieser Mann etwas von ihr will und gleichwohl nicht verfügbar ist. Auch wenn sich im Beziehungswunsch der Patientin ein Quäntchen Hoffnung widerspiegelt, ist sie vorwiegend um den konflikthaften, repetitiven und retraumatisierenden Pol ihrer Mutterübertagung – »Ich habe Angst davor, dass jemand Besitz von mir ergreift«, deshalb wären »drei Stunden zu viel« – und ihr Einsamkeitsgefühl organisiert. Sie wünscht sich eine Beziehung, befürchtet aber, vereinnahmt oder im Stich gelassen zu werden – das ist ihr Dilemma. Während des Stundenabschnitts, den diese Vignette zeigt, gelingt es der Supervisandin nicht, bei dem Verzweigungs- und Sinnlosigkeitsgefühl der Patientin zu bleiben. Ich begann mit ihr zu explorieren, warum sie das Gefühl der Patientin übergang und den Nutzen der Therapie betonte. Die Supervisandin sagte, ihr habe die Therapie damals unstrittig geholfen, es sei zwar kein Zuckerschlecken gewesen und sie habe viel gezweifelt, aber letztlich habe sie sie wirklich verändert. Ich erkundigte mich, ob sie die Sicht der Patientin als Angriff auf ihre Überzeugungen erlebt habe. Dem stimmte sie zu. In unserer Diskussion kamen wir zu

2. These: Das Primat der Subjektivität

dem Schluss, dass sie mit dem durchgängig fehlenden Glauben der Patientin an die Therapie in Resonanz getreten sein musste und so daran erinnert worden war, wie beschwerlich sich ihr eigener Weg bisweilen angefühlt hatte, und dass sie – um diese schmerzlichen Erinnerungen zu vermeiden – der Patientin eine Leading-edge-Deutung* gegeben hatte. Dieses Beispiel zeigt prägnant, wie die Therapeutin, nachdem sie ihre Subjektivität zum Gegenstand der Reflexion gemacht hatte, besser verstand, wo der Bruch in der empathischen Verbindung aufgetreten und wie es dazu gekommen war. Uns wurde bewusst, wie dringend die Supervisorin der Stützung ihres Gefühls der Selbstheit durch die Patientin bedurfte. Außerdem erläutert dieses Beispiel, wie schwierig es ist, im Eifer des Gefechts – mitten im Prozess also – introspektiv zu sein, und warum der Dezentrierungsvorgang oft erst später einsetzt. Die folgende Stunde zeigt uns, wie das empathische Band durch die Arbeit der Therapeutin an sich selbst wiederhergestellt werden konnte.

Die Patientin klagt darüber, dass niemand sich einen Begriff von ihrem Single-Dasein machen könne, so als habe sie sich diese Lebensumstände selbst ausgesucht.

- T. Und in der letzten Stunde schien ich auch noch zu unterstellen, dass eines Tages alles in Butter ist.
- P. Ich habe nur gedacht: »Die hat nicht den leisesten Schimmer.«
- T. Das muss Sie enttäuscht haben. Obwohl ich nicht den Eindruck hatte, dass ich Sie in Ihren Augen noch nie verstanden habe.
- P. Es bestätigt nur, was mir die ganze Zeit durch den Kopf geht: Niemand bringt mir Verständnis entgegen. Verärgert war ich aber nicht. So liegen die Dinge nun mal.
- T. Sie haben da eine tiefe Wunde, das Gefühl, dass Sie nie verstanden wurden.

* Leading-edge-Deutungen (entwicklungsorientierte Deutungen) heben auf die progressiven Aspekte des vom Patienten unterbreiteten Materials ab, zum Beispiel auf die zum Vorschein kommenden neuen Bedürfnisse oder Entwicklungsschritte, ebenso wie auf expansive, freudige oder stolzerfüllte Gefühle.

1. Neue Perspektiven der Psychoanalyse – Drei Thesen

- P. Ja. Das kapiert keiner, und ich trage es auch nicht offen zur Schau. Dass ich mir so klein und verloren vorkomme bei allem, was mit Liebe zu tun hat.
- T. Sie fühlen sich in diesen Dingen so unsicher. Weil es Ihnen keiner gezeigt hat. Ihnen wurde immer beigebracht, auf eigenen Füßen zu stehen.
- P. Ja. Aber es fehlte auch an Gelegenheiten, einen Mann kennenzulernen. In der Schule gab es nur diese schrecklichen Typen. Und jetzt stecke ich bis über beide Ohren in Arbeit. Das versteht kein Mensch.
- T. Aber Sie sind doch von Männern umgeben! (Die Supervisandin erklärte dazu, sie habe sich vorwurfsvoll und ein wenig überlegen gefühlt.)
- P. Was soll das heißen? Die gehören alle zur falschen Sorte.
- T. (Die Supervisandin merkte, dass es ihr peinlich war und sie sich ein wenig schämte; sie überlegte, ob sie sich nicht wie die Mutter der Patientin verhielt.) Also, ich wollte nur sagen, das kann nicht der einzige Grund sein. (Sie meint die Nichtverfügbarkeit adäquater Männer.)
- P. Ich habe keinen. Ich arbeite nur. Leute, die zur Universität gehen, sind anders. Dort gibt es jede Menge Männer.
- T. Ich vermute mal, Sie stellen sich gerade vor, dass ich einen Mann habe, den ich von der Uni her kenne, und dass meine Auswahl an Männern dort groß gewesen sein muss.
- P. Ja! Genau so!
- T. Und ich mir einfach einen von ihnen geangelt und ein Kind bekommen habe. (Die Supervisandin erwähnt ihren Anflug von Sarkasmus.)
- P. Ja.
- T. Und Ihrem Gefühl nach trennt uns das?
- P. Ja. Ich finde es furchtbar. Sie sind auf der anderen Seite der Mauer, das ist das Problem ... der Haken ist doch, dass die richtigen Männer so rar sind. Ich muss aktiver sein, aber es hapert an günstigen Gelegenheiten.
- T. Ich nehme an, Sie hatten nie das Gefühl, dass ich das verstanden habe.

Erneut hat die Supervisandin die schmerzlichen Gefühle gut im Blick und kann die Verbindung auf der Basis ihrer neugewonnenen Einsicht, dass sie ihre eigenen schmerzhaften Gefühle in der letzten Stunde zu umgehen versucht hatte, wiederherstellen: Sie teilt der Patientin die Art und Weise ihres Nichtverstehens mit. Im Folgenden diskutierten wir den offenkundig stockenden Fluss des Prozesses, die Stelle, an der die Therapeutin die empathisch-introspektive Haltung aufgibt und unvermittelt in ihrer Bemerkung zur faktischen Verfügbarkeit von Männern eine extrospektive, scheinbar objektive Sicht einnimmt. Die Supervisandin erinnerte sich an die Eifersucht ihrer Schwester über ihren Erfolg bei Männern und an die Unfähigkeit ihrer depressiven Mutter, das Glück ihrer Tochter zu tolerieren oder zu teilen. Ihr fiel ihre Schuld ein, weil sie glücklicher war als die beiden, sowie ihre Wut darüber. Es stellte sich heraus, dass ihre Bemerkung über die verfügbaren Männer und ihr Sarkasmus auf dieser Wut sowie dem neuerlichen Wunsch beruhten, alle Schuldgefühle wegzudrängen, weil sie – anders als die Patientin – nicht hoffnungslos war. Sie hatte in den vergangenen beiden Jahren mit ihrer Schwester im Konflikt gelegen, da diese neidisch gewesen war, weil die Supervisandin ein Kind bekommen hatte, während ihre eigenen Versuche, Mutter zu werden, fehlgeschlagen waren. Die Supervisandin rang also mit dem Wunsch, sich über ihr Kind zu freuen und ihrer Schwester gegenüber frei von Schuldgefühlen zu sein. Sie versuchte sich von ihrer Schwesterübertragung auf die Patientin zu dezentrieren, die wegen ihrer Kinderlosigkeit verbittert war. Wir können erkennen, wie das Bedürfnis beider Beteiligten, ihr Subjektivitätsgefühl zu wahren, eine Sackgasse erzeugt, und sogar vorhersagen, dass sich – sollte diese Sackgasse unreflektiert fortbestehen – das bedeutsamere, fundamentalere Gefühl entwickeln könnte, dass beide nicht zueinander passen. Früher hätten wir uns vermutlich in die Konzeptualisierung dieses Sachverhalts als negative therapeutische Reaktion der Patientin geflüchtet. Heute reicht unser Verständnis weiter, denn wir erkennen, wie die wechselseitige Beeinflussung das intersubjektive Feld bestimmt.