

Verfehlte Begegnungen. Versuch einer Verständigung über Unverständliches¹

Rolf-Peter Warsitz

Institut für Soziale Therapie, Supervision und Organisationsberatung, Universität Kassel, Germany

Funding/potential conflict of interest: No conflict of interest.

Summary

Our symposium deals with "Understanding and Its Limits". I look upon this as an exhortation not to claim the unlimited nature of understanding, not to focus so much on the totality of contexts and meanings of the human condition, but rather to prompt one to engage in reflection where understanding may not be possible, where a limit of understanding seems to have been reached and yet wanting to understand may by no means have ceased.

Key words: psychopathology; psychoanalysis; case study; borderline; psychosomatics; schizophrenia; negativity

Zum Einstieg

Jenen «Universalanspruch der Hermeneutik», den Anspruch, alles Symbolische, jeden Sinngehalt verstehen zu können, hatte Jürgen Habermas einst mit Hilfe gerade der psychoanalytischen Hermeneutik zu hinterfragen versucht [1–3]. – Nun können wir umgekehrt die Hermeneutik seit jeher als einen Versuch oder einen Prozess definieren, sich über Unverständliches, aber prinzipiell Verstehbares zu verständigen, d.h. das primär unverständlich Scheinende im Horizont des prinzipiell Verständlichen oder symbolisch irgendwie Repräsentierten doch wiederzufinden: das eben nennen wir ein «Verstehen»: nämlich symbolisch-interaktionelle Zusammenhänge aus lebensweltlichen Ereignissen in einen Horizont des Sinnhaften aus Sprache und Kultur einzuordnen. So hatte die klassische und die kritische Hermeneutik von K. Jaspers über H.G. Gadamer bis zu J. Habermas und P. Ricoeur die Methode des Verstehens zu fassen versucht.

Wo Verstehen nicht gelingt, sich nicht erschliesst, wird nun in der traditionellen Psychopathologie (ich erwähne nur Karl Jaspers-Jaspers 1919/1946 [4]) schnell die Grenze zum Unverständlichen gezogen bzw. festgelegt/vindiziert, z.B. im Psychose-Begriff von Karl Jaspers: Wo sich verständliche Zusammenhänge nicht spontan eröffnen, wird die Grenze zum Unverständlichen gezogen und das ist die Grenze zum Endogenen als einem Aussersymbolischen: Endogenität ist Nicht-Verstehbarkeit par excellence, es ist die Grenze zur Sphäre des Erklärbaren, des Naturhaften. So scheiden sich im Begriff des Verstehens nicht allein kommunikative Interaktionsprozesse von solchen naturhaft-

Korrespondenz:

Prof. Dr. Dr. Rolf-Peter Warsitz

Universität Kassel

FB 04 Sozialwesen

Institut für Soziale Therapie, Supervision
und Organisationsberatung

Arnold-Bode-Strasse 10, D-34109 Kassel

warsitz@uni-kassel.de

biologischer Regelzusammenhänge, es scheiden sich auch die Wissenschaftsdisziplinen von Natur- und Geisteswissenschaften und die Methodologien des Erklärens und des Verstehens. «Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir» ([5], S. 144) – die Psychopathologie – so ihr Anspruch – vereint beide [6]. Nun hat eine kritische Hermeneutik (nach Lorenzer, Apel, Habermas) gerade das für die klassische Hermeneutik (z.B. nach Jaspers) Unverständliche zum Gegenstand einer objektiv-hermeneutischen oder tiefenhermeneutischen Methode des Verstehens gemacht: sie versuchte, die quasikausal strukturierte, aber sinnhaft rekonstruierbare und sekundär ins Verstehbare einzuholende Pseudonatur der geschichtlich gewordenen und also via emanzipatorisches Verstehen auch veränderbare Sphäre einer «Kausalität des Schicksals» (I. Kant), zu erkunden, womit sie die Dichotomie der Methodologie und der Wissenschaftsdisziplinen von Natur- und Geisteswissenschaften zu überwinden trachtete und zugleich dem Verstehen einen praktischen Sinn, einen emanzipatorischen Sinn der Befreiung aus Pseudoobjektivitäten verlieh [17]. Nach Lorenzer, Apel und Habermas besteht zwischen Verstehen und Erklären ein breiter Überschneidungsbereich, ein Zwischenraum des erst desymbolisierten und dann wieder resymbolisierbaren Sinns, indem beides möglich ist: Verstehen und zugleich Erklären. Habermas spricht von systematisch verzerrter Kommunikation, von durch gesellschaftliche Objektivitäten erzwungenen Sprachverstümmelungen, die sich gerade in neurotischen Symptomen und in psychiatrischen Störungsbildern manifestieren, die aber doch in Sprache und Verstehbarkeit eingeholt werden können.

Das Nichtverstehbare gewinnt, psychodynamisch gesehen, selbst einen Sinn, es handelt sich um einen besonderen Modus der Sinn-genese über die Sinnverzerrung. Es ist durch die «Kausalität des Schicksals» (Kant) dem Verstehen zunächst entzogen, aber prinzipiell darin einholbar und wirkt dadurch praktisch-emanzipativ. Dieser Gedanke folgt bei Lorenzer, Apel und Habermas einem hegelschen Erbe: im geschichtlichen Bewusstsein treibt das Negative den dialektischen Entwicklungsprozess erst an, so dass das Andere der Vernunft, das Andere des Verstehens, das Erklären, die Natur, die Biologie, das Ausserbewusste, das bei Jaspers das Verstehen gerade ausschliesst, hier zur Bedingung der Möglichkeit von Verstehen wird. Nicht die spontan gelingende kommunikative Verständigung, sondern die verfehlte Begegnung mit dem Anderen wird zum Anlass für ein vertieftes Verstehen.

Dieser von Habermas später wieder verworfene Gedanke wird nun von anderen hermeneutischen Traditionen

¹ Vortrag beim Symposium «Vom Verstehen und seinen Grenzen – Konzepte und psychiatrischer Alltag», KPK Liestal, 12. November 2009.

nen weiter differenziert: z.B. in J. Lacans negativ-hermeneutischer Theorie des Unbewussten und seiner Theorie der Dystychia als Regulativ von Begegnungen durch verfehlte Begegnungen [7] oder in A. Greens an Hegel angelehnter «Arbeit des Negativen» [8]. Entsprechende philosophische Erweiterungen kann ich hier nur erwähnen, die negative Anthropologie [9], die Negative Dialektik [18], den Dekonstruktivismus (J. Derrida), die Negative Hermeneutik/Metaphysik (M. Theunissen). E. Angehrn, der diese Tradition entschieden weiter entwickelt hat, hat dies heute morgen ja bereits eindrucksvoll dargestellt.

Ich möchte nun diese offene und unabgeschlossene Diskussion um die Grenzen des Verstehens nicht philosophisch weiter verfolgen, sondern klinisch befragen, dabei gleichzeitig zu den klinischen Wurzeln der philosophischen Verstehens-Debatte zurückkehren (Jaspers war ja Kliniker und Philosoph). Ich möchte also meine These, dass die verfehlte Begegnung eine Voraussetzung des Verstehens sein kann und dass das Jenseits der Grenzen des Verstehens, der Raum des Unverständlichen, mit Hilfe des Verstehens methodisch-praktisch durchschritten werden kann, nun auch klinisch-therapeutisch elaborieren und dabei anhand dreier Fallvignetten schrittweise meine These erläutern.

Zur Dynamik des Unbewussten

Beispiel 1. Das Verstehen der Angst des Psychotikers vor Beziehung

Beispiel 2. Das Verstehen der Angst der Borderlinerin vor Beziehungsabbruch

Beispiel 3. Das Verstehen der Angst der Psychosomatikerin/ Phobikerin vor dem Körper und dem Begehren

Zu 1) Mein erstes klinisches Beispiel: Ein schizophrener Patient kommt (bzw. kam: die Geschichte spielt vor etwa 25 Jahren) zum 50. Mal zur stationären Behandlung, diesmal freiwillig, bzw. quasi freiwillig, auf Drängen und Empfehlung seiner sozialtherapeutischen Betreuerin im betreuten Wohnen, vorher vorwiegend mit einer Zwangseinweisung (dann wegen erheblicher akuter Gewaltgefahr für andere und für sich selbst, wegen lautem Schreien oft nachts in der Öffentlichkeit, wegen physischer Bedrohung anderer, auch von Betreuern in seiner betreuten Wohneinrichtung).

Er kam kurz vor 12.00 Uhr auf die gemeindenah-sozial-psychiatrisch und milieutheraeutisch ausgerichtete Station, dieselbe, auf der er schon die letzten Male behandelt worden war. Ich war zuständiger Arzt und sprach nur kurz mit ihm und seiner Kontakttherapeutin (im Pflegedienst), begrüßte ihn, äusserte meine Anerkennung, dass er diesmal freiwillig, nicht gezwungen wie sonst oft gekommen ist. Allerdings hätte ich jetzt nicht viel Zeit, es begann die Teamsitzung, aber nachher könnte ich gut mit ihm sprechen. Er reagiert enttäuscht und sofort gereizt: jetzt hätte er sich schon entschieden zu kommen und ich hätte keine Zeit. Bestimmt wollte ich nichts mit ihm zu tun haben, wahrscheinlich hätte auch seine Betreuerin mich manipuliert und gegen ihn eingenommen!? Ich verneinte dies, blieb aber bei meiner kurzen Begrüssung, fragte noch knapp nach seinem aktuellen Befinden und den Gründen seines Kommens jetzt und ob er Medikamente benötige, was er gereizt und

enttäuscht verneinte, bzw. worüber er mich schweigend im Unklaren liess. Ich ging zu meiner Teambesprechung – und der Patient entfernte sich von der Station (obwohl ich dem Pflegepersonal noch knapp die Anweisung gegeben hatte, auf ihn aufzupassen). Er lief weg und sprang von einer nahe gelegenen Autobahnbrücke. – Eine verfehlte Begegnung in ihrer tragischsten Version und ein Missverständnis der dramatischsten und unumkehrbar tödlichen Art und doch kein Jenseits der Grenzen des Verstehens – denn ich hätte es wissen können. Nur: Nachher ist man immer klüger... und ich hatte es ja irgendwie wohl auch geahnt, denn meine Warnungen und Hinweise an die Kollegen drückten dieses Wissen ja indirekt schon aus. Die alten Psychopathologen nannten das wohl ein Praecoxgefühl. Vorausgegangen waren nämlich zweimal gravierende gewalttätige Begegnung mit ihm bei früheren Aufnahmen bzw. Begegnungen: Einmal war er mit Freiheitsentziehungsbeschluss gekommen, nachdem er kurz hintereinander wiederholt gleich nach der Notaufnahme wieder abgehauen war von der Station, immer verbunden mit Randalieren, Schreien, Bedrohungen anderer, psychotischer Unruhe und massivem Streit um Regeln des Aufenthalts und der Behandlung. Diesmal war eine initiale parenterale Applikation eines Neuroleptikums bei der Aufnahme mit ihm vereinbart gewesen, der er wegen der Vorerfahrungen der letzten Aufenthalte zunächst zugestimmt hatte, die er dann aber doch nicht akzeptieren wollte. Als ich ihm die Injektion geben wollte, baute er sich mit einer Sprudelflasche in der Hand hinter einem Tisch vor mir auf, zerbrach die Flasche und hielt mir den abgebrochenen Flaschenhals wie eine Waffe entgegen: «Noch ein Schritt und ich mach' Matsche aus dir ...»! Die Situation endete gar nicht so gewalttätig wie sie begann, sondern er liess sich dann die Spritze geben, als ich letztendlich, umringt von mehreren Schwestern und Pflegern, eine Übermacht darstellte und ihn auch an die Vereinbarung erinnerte, so dass er der Übermacht und der Absprache gegenüber letztlich nachgab. In Scherben gegangen war in dieser Situation aber nicht nur die Sprudelflasche, sondern auch unsere gerade in den letzten Wochen sich anbahnende, weniger destruktive und eher vertrauensvolle Beziehung.

Zu dieser Beziehung und den Umständen und Grenzen dieser therapeutischen Beziehung könnte ich Ihnen nun viel sagen, auch biographische Hintergründe seiner psychotischen Dekompensationen nachtragen, auch erläutern, warum er eine Art alter ego für mich geworden war, so wie ich vielleicht auch für ihn, oder dass sich eine Art narzisstischer Kollusion zwischen ihm und mir entwickelt hatte. Um nur den letztgenannten Aspekt anzudeuten: ich war gleichermassen sein Spiegelbild wie er das meine war in Bezug auf Lebensentwicklungen, berufliche Entwicklungen, Beziehungsentwicklungen... Das alles kann ich hier gar nicht entfalten, nur andeuten. – Das zweite Beispiel einer voraufgegangenen verfehlten Begegnung mit ihm möchte ich in Form einer kleinen Anekdote aus unserer allerersten Begegnung erläutern. Damals hatte er ein Aufnahmegespräch mit mir geführt, es war wiederum nach einer Zwangseinweisung zustande gekommen, aber er und ich waren eher interessiert aneinander und an der neuen Begegnung, so dass da zunächst keine Dekompensation im

Kontakt aufgetreten war. Ich hatte allerdings damals gerade begonnen, neben meiner Stationsarztstätigkeit meine Psychotherapieausbildung voranzubringen und hatte meine erste ambulante Psychotherapiepatientin zur Behandlungsstunde gebeten, welche ebenfalls in meinem Klinik-Arztzimmer stattfand. Ich sass gerade im Gespräch mit dieser Patientin, einer Lehrerin mit einer Angstsymptomatik, als plötzlich die Tür aufging (draussen hing natürlich ein Schild: «Bitte nicht stören», und dieser Patient stürmte herein: «Das sieht Dir ähnlich, mit dem fickst Du, mich stösst Du zurück!» Ich war total perplex, meine Patientin reagiert mit erheblicher Angst, aber er stürmte auch gleich wieder hinaus. Es klärte sich eine ungeheure Koinzidenz im Realen auf, das war also keine gänzlich paranoide Phantasie: Der Patient hatte meine Psychotherapiepatientin beim Hochgehen zur Stunde im Treppenhaus durch die Stationstür gesehen und war ihr dann zu meinem Behandlungszimmer gefolgt. Er hatte in ihr eine frühere WG-Mitbewohnerin erkannt (real! – Die Patientin bestätigte mir das, und *weil* sie ihn wirklich kannte, hatte sie so viel Angst bekommen in dieser Situation). Zu eben dieser Zeit war er erstmalig psychotisch dekompenziert in der Folge dieser unglücklichen Verliebtheit. Er hatte sich – ohne ihr seine Gefühle jemals auch nur angedeutet zu haben – nachts nackt zu ihr ins Bett gelegt, sie damit extrem erschreckt und machte es ihr völlig unmöglich, darauf einzugehen, weder positiv noch negativ – sie hegte zwar durchaus eine gewisse Sympathie für ihn, ohne aber in ihn verliebt zu sein. Kurz, sie wies ihn zurück, entwickelte ihre Angstsymptomatik, und der Zurückgewiesene dekompenzierte psychotisch ... Also: Zahlreiche verfehlte Begegnungen und missglückte Kontakte spiegeln sich in dieser Beziehungsgeschichte und waren auch bereits Wiederholungen früherer verfehlter Begegnungen, zum Vater, den er kaum kannte und später aufsuchen wollte sowie anklammernde und wegstossende Beziehungsmuster zur Mutter, zu seinem zwei Jahre älteren Bruder, dann eben zu dieser meiner Psychotherapiepatientin, dann zu seiner Betreuerin im Betreuten Wohnen, zu zwei früheren Therapeuten in der Klinik und schliesslich zu bzw. mit mir: denn bei verfehlten Begegnungen sind wie bei gelingenden immer zwei Personen beteiligt, deswegen sprechen wir ja von Kollusionen, es gibt nicht den einen, der das Symptom der Beziehungsunfähigkeit in sich trägt und den anderen, der darauf bloss hereinfällt, sondern ein gemeinsames unbewusstes Zusammenspiel zwischen zweien, zwischen Therapeut und Patient. Ich hatte ja durch meine Okkupation durch meine Psychotherapiepatientin den Anlass geliefert für diese Inszenierung einer ersten dramatischen verfehlten Begegnung mit Ihm.

Die vielen verfehlten Begegnungen in der Vorgeschichte, die mich ja auch schon hellhörig werden liessen, zumal sie auch immer wieder mit Suizidimpulsen und -versuchen verbunden waren, hätten natürlich noch mehr Warnglocken in mir klingen lassen können – nachträglich ist man immer schlauer – aber ich würde sogar annehmen, dass dieser Patient gerade deshalb zu meinem alter ego werden konnte, weil die Warnglocken durch das Verstehenwollen gerade ausgeschaltet worden waren. Der nachträgliche Versuch des Verstehens dieser verfehlten Begegnung, die gewiss bloss der Tropfen war, der das psychotische und suizidale Fass zum

Überlaufen brachte, lenkte mein Nachdenken auf die Gewalt unbewusster Beziehungskonflikte in späteren Wiederholungen und insbesondere auf die abgewehrte Gewalt der Intimität in initialen Begegnungen. Narzisstische Kollusionen sind ja meist viel zu eng, viel zu nah, sie sind imaginäre Beziehungen, in denen zahlreiche früheste Bindungsmuster reaktiviert werden, sie sind Spiegelbeziehungen von Ich und Anderem, die wie bei unserem mythischen Helden Narziss stets destruktiv, autodestruktiv zu verlaufen pflegen, solange sie unerkannt bleiben. Die Gewalt initialer Begegnungen bei diesem Patienten, bei mir wie in den Vor-Behandlungen ist unter dieser Perspektive eine Abwehr und d.h. ein Selbstheilungsversuch gegenüber der drohenden Gewalt in der narzisstischen Kollusion selbst. Und ihre psychotische Vulnerabilität macht solche Menschen besonders anfällig für das Zerschlagen des Spiegels (er hatte übrigens den überlebensgrossen Spiegel auf dem Stations-Wohnflur bereits mehrfach zertrümmert). In dieser imaginären Dynamik, wie sie erst nachträglich und daher zu spät zu erkennen gewesen war, scheint eine Logik des Negativen in intersubjektiven Beziehungen und Verständigungsmustern ausgelöst worden zu sein, die wir noch ein wenig weiter betrachten wollen. Für mich wurde diese verfehlte Begegnung mit diesem Patienten aber nach Jahren der theoretischen Diskurse über Verstehen und Erklären zum Geburtshelfer meines praktischen Diskurses über therapeutische Beziehungen, über unbewusste Wiederholungen und Übertragungen, über die Liebe, den Hass auf die Liebe, die «attacks on linking» (Bion), die wir nicht alleine bei narzisstischen und psychotischen Beziehungsmustern, sondern ubiquitär finden.

Zu 2) Meine zweite Fallvignette greift diese vorläufige Überlegung auf und führt die implizite These darin ein Stück weiter. Hier wurde die Patientin zu einer Art Katalysator für das Verstehen unbewusster Beziehungsmuster, die nicht im Ideal gelingender Kommunikation wechselseitiger Intersubjektivität ihren Massstab hat (wie in der idealistischen Hermeneutik und Kommunikationstheorie von Habermas), sondern in der Arbeit des Negativen und in einer Art negativer Hermeneutik, wie ich das einmal genannt habe (Hegel, Bion, Green: vgl. [2]).

Die Patientin, eine adolescentäre Narzisse habe ich sie einmal genannt, wird von einem Verhaltenstherapeuten und Psychiater zur Psychotherapie zu mir geschickt, weil sie bei ihm in einer Gruppentherapie ein Jahr lang und in einer 8-wöchigen stationären Behandlung in einer renommierten Psychotherapieambulanz immer nur geschwiegen hatte und jeden Behandlungsversuch so unterminierte und zerstörte, indem sie einfach stumm blieb – was sie dann auch bei mir mit einigen Variationen zunächst fortsetzte, ca. ½ Jahr lang. Trotz einer gravierenden psychischen Symptomatik mit offener Selbstverletzung, einer erheblichen Anorexie und Suizidimpulsen, einer Agoraphobie und Spinnenphobie, Panikattacken, psychosomatischen Symptomen (Asthma bronchiale) und trotz eines gravierenden Leidensdrucks schien kein wirklicher Kontakt, keine therapeutische Begegnung zustandezukommen. Sie wirkte schon vom Aspekt her gequält, dabei verschüchtert, verängstigt und irgendwie bedürftig, aber stumm, vielleicht sogar stumm anklagend: ja sieht denn niemand, wie es mir geht – schien ihre Körpersprache auszudrücken!? Sie wollte wohl ohne Worte intuitiv verstanden werden! Sie kam zwar immer pünktlich trotz stundenlan-

ger, durch phobische Vermeidungsoperationen komplizierte Wege und Umwege zu Fuss von ihrer Wohnung zur Praxis, wirkte hier dann kindlich, unscheinbar, verhüllt und doch indirekt fordernd. Sie inszenierte ihr Leiden mehr körperlich als dass sie es auszuformulieren oder zu erzählen in der Lage gewesen wäre. Sie stammelte ein paar zurechtgelegte Worte am Anfang der Stunde, um alsbald im Schweigen zu versinken, sass dabei angespannt auf der Stuhlkante, die Hände verdreht in ihren Schoss gepresst, so dass es mir beinahe schon vom Zusehen Schmerzen bereitete und so, als sollte ich ihre Selbstverletzungsattacken, von denen sie knapp berichtete, geradezu physisch zu spüren bekommen: wie sie sich geschnitten hatte und ihre Wunden nicht versorgte, sondern verwahrlosen liess, wie es sie beruhigte, wenn das Blut über sie lief. Oder dass sie nichts zu essen brauchte und doch körperlich leistungsfähig blieb ...

Während langer Stunden des gemeinsamen Schweigens konnte ich zwar gelegentlich ihre körpersprachlichen Inszenierungen verbalisieren oder meine Gegenübertragungsphantasien ansatzweise mitteilen. Aber auch dadurch kam ein Dialog mit ihr lange nicht wirklich zustande – lange, bis ich die Sprache des «acting out» bzw. «acting in» in diesen Stunden zu verstehen, bis ich zu begreifen begann, dass sie mir wortlos – im enactment – gleichwohl etwas erzählte: eine Begegnung durch Nicht-Begegnung, könnte man sagen, die bei mir zunehmend Schuldgefühle auslöste, da ich sie eben irgendwie nicht verstand und ihr auch nicht helfen konnte. Zunehmend trat auch ein Unbehagen an dieser therapeutischen Beziehung auf, die offenbar nicht wirklich therapeutisch war und die Frage nach der Therapierbarkeit ihrer Beschwerden aufwarf. Einmal wollte ich z.B. aufspringen und sie festhalten und an den Schultern packen und schütteln, weil ich es nicht aushielt, was sie erzählte, als sie wieder von ihren irgendwie triebhaft gesteuerten Selbstverletzungsattacken in selbstquälerischer Körperpose und Sprachgestus berichtete: «Hören Sie auf damit, ich kann es nicht ertragen, wie Sie sich kaputt machen» – wollte ich ihr entgegen schreien, sagte aber bloss, offenkundig erregt, aber gerade noch ruhig bleibend: «Ich stelle mir vor, dass das doch unerträglich sein muss für Sie ...», ich blieb also gerade noch bei der analytischen Haltung der Abstinenz, verharmloste aber völlig das interaktive Geschehen zwischen uns. Obwohl ich also ausser mir, innerlich längst nicht mehr abstinenter war, wurde sie in dieser Situation plötzlich ganz ruhig. Und eben dies wollte sie offenbar auch erreichen und war eher angetan von meinem Quasi-Ausrutscher in meiner analytischen Haltung, den sie sehr wohl gemerkt hatte. Denn sie hatte die Diskrepanz zwischen meiner Körpersprache und dem von mir Gesagten ganz genau wahrgenommen. Sie hatte gemerkt, dass sie mich erreicht hatte, dass ich mich mit dem gequälten, aber auch erregten Kind in ihr identifiziert hatte und nicht mit dem Quälgeist, der sie selbst auch war in dieser Situation ... Perfekt hatte sich etwas aus der Geschichte ihrer Identifizierungen und Gegenidentifizierungen in ihrer Erlebniswelt in unserem analytischen Kontakt bzw. Nichtkontakt in Szene gesetzt, was sie anders nicht ausdrücken konnte, und was ich anders nicht zu hören imstande gewesen war. Viel später erst erinnerte sie auch die Ursprungsidentifikationen zu dieser autoaggressiven Inszenierung, die ich hier aller-

dings nicht referieren kann, ebenso wenig wie die Dynamik der verfehlten Begegnungen im therapeutischen Kontakt als Wiederholungen, ja als Wiederholungszwang verfehlter Begegnungen in ihren primären Objektbeziehungen.

Nur ein Beispiel sei angefügt, das Beispiel einer suicidalen Krise während des Therapieverlaufs. Ich wollte zwei Jahre nach Therapiebeginn die anfängliche Behandlung in Form einer Psychotherapie, einstündig und im Sitzen durchgeführt, beenden und teilte ihr mit, dass sie gemessen an äusseren psychotherapeutischen Zielen doch gute Fortschritte gemacht hätte und ausserdem die Kassenstunden abgelaufen waren, zumal ihre Symptome, das Schweigen, die Selbstverletzung, die Essstörung, auch die meisten Ängste und insbesondere die Suizidalität kaum noch auftraten und eine soziale Stabilisierung eingetreten war. In dieser Situation dachte ich, dem psychotherapeutischen Anspruch einer Symptomreduktion bei befriedigender sozialer Integration Genüge getan zu haben, auch wenn die komplexe Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörung, an der die Patientin ja offenbar litt im Sinne einer doch tiefgreifenden Identitätsstörung ihres Selbstgefühls, keineswegs verstanden oder gar durchgearbeitet und modifiziert worden war, was in dem bisherigen niederfrequenten Setting wohl auch nicht möglich gewesen wäre. Viele Interventionen waren eher stützend und haltend als aufdeckend und eher andeutend als deutend geblieben. Die Patientin und ich selbst verspürten einen gewissen Stillstand auch im dynamischen Kontakt der therapeutischen Beziehung.

Aber gerade in dieser Situation der angekündigten Beendigung der Therapie durch mich reagierte sie mit ungewohnter Heftigkeit und offener Empörung: Wie ich sie jetzt so alleine lassen, ja wegschicken könnte, wie ich denken könnte, es ginge ihr gut, nur weil sie nicht mehr so viel klage, wie ich so uneinfühlsam, ja roh sein könnte, hielt sie mir entgegen, vermutlich hätte ich ja gar nichts verstanden von ihr. – Gerade jetzt, wo sie doch ständig Magenschmerzen hätte und Übelkeit, so dass sie schon, was sie mir allerdings bis dato auch nicht erzählt hatte, ihren Hausarzt aufgesucht hatte, der mit ihr eine internistische Untersuchung und eine Magenspiegelung vereinbart hatte, der Termin stehe schon fest – jetzt also wolle ich sie loswerden. Erschrocken über die Heftigkeit ihrer Reaktion und über mein Gegenübertragungsagieren und in einem Moment von Hellsicht fragte ich sie, ob sie etwa schwanger sei und deswegen so viel Übelkeit empfinde, was sie verächtlich zurückwies: «So ein Quatsch, das wüsste ich doch, das kann gar nicht sein ...» Aber sie war es doch, und in den folgenden Stunden ging es nicht mehr um die von mir geplante Beendigung der Behandlung, sondern um die von ihr inszenierte Frage, ob sie nun abtreiben solle oder nicht. Ich versuchte ganz neutral zu bleiben und die Entscheidung wirklich bei ihr zu lassen, beliess es bei dem Hinweis, dass ich sie in jedem Fall in der Entscheidung, die sie treffe, unterstützen würde und also nicht mehr die Behandlung zu beenden beabsichtige (unbewusst konnte dieses Angebot beinahe als Erfolg ihrer Erpressung gelten). Und doch drängte sich mir die unausgesprochene Vorstellung bzw. Phantasie auf, es könne vielleicht auch gar nicht schlecht sein für sie, ein Kind zu bekommen, bzw. dass ich ihr die Absicht, kein Kind zu wollen, irgendwie auch nicht so recht abnahm,

sondern es auf die Dynamik der Übertragung bezog. Genau in dieser Konfliktkonstellation entschied sie sich für das Gegenteil meiner Phantasie: Sie vereinbarte nach entsprechender Beratung – eigentlich schon viel zu spät, nämlich in der 13. Woche – einen ambulanten Abtreibungstermin und sagte dafür eine Stunde ab.

Am Tag der Abtreibung und direkt nach dem ambulanten Eingriff rief sie mich dann aber an, um mich zu fragen, ob sie nicht doch noch kommen könne. Ich sagte zu (also wieder reichlich mitagierend), allerdings nicht ahnend, dass sie den weiten Weg von der gynäkologischen Tagesklinik zu meiner Praxis unmittelbar nach dem Eingriff zu Fuss unternehmen würde. Als sie dann ankam, war sie völlig erschöpft, litt unter Schmerzen und konnte kaum sprechen. Ich gab ihr ein Schmerzmedikament, handelte, agierte also in der Not der Situation noch einmal und schickte sie zum Gynäkologen zurück (mit dem Taxi!), der eine Nachblutung diagnostizierte und sie für einige Tage stationär behandeln liess. Ich hatte hier also aus ärztlicher Verantwortung gehandelt, aber eben gehandelt, ohne in dieser Situation die Problematik wirklich mit der Patientin reflektieren und verstehen zu können, so dass auch dies vorläufig ein Gegenagieren durch mich geblieben war (die Behandlung spielte sich in dieser Phase beinahe ganz als Handlungsdialog ab). – Wiederum waren hier lauter unbewusste Identifizierungen in den Nichtbegegnungen aufgetreten: ich war mit ihr identifiziert als schwangerer Frau, was sie gerade verleugnete, mit ihrem Freund, dem ungewollten Vater ihres Kindes, aber auch mit ihrer Mutter, die sie vielleicht nicht haben, vielmehr abtreiben wollte, sie war mit dem Gegenwunsch meiner Phantasie von ihr als Mutter identifiziert bzw. selbst mit dem toten Baby, so wie sie sich wohl auch selbst sah – nicht gehalten von ihrer irgendwie selbst «toten Mutter» [10] und spontan zurückfallend in eine auto-aggressive Regression, indem sie sich selbst vital gefährdete im Sinne einer Schuldgefühlidentifikation mit sich als kindstötender Mutter. Auch diese grandiosen Übertragungs-Gegenübertragungsinszenierungen und multiplen Identifizierungen konnten erst nachträglich verstanden werden – und dies geschah dann in der psychoanalytischen Phase ihrer Behandlung, die ich ihr im Anschluss an diese Episode einer verfehlten Begegnung anbot: Ich hatte sie loswerden, ja vielleicht abtreiben wollen, zumindest das gemeinsame Kind, das eine psychoanalytische Behandlung ja immer auch ist zwischen zwei Menschen und das nicht sein sollte, keinen Platz im symbolischen Leben erhalten sollte, und sie hatte es mir gezeigt, indem sie ihr Leiden, ihre Wünsche und ihren Existenzanspruch einklagte gegen einen ignoranten Analytiker, der nur eine therapeutische Logik der Symptomreduktion im Blick hatte. Und doch war wieder so eine Begegnung durch Nichtbegegnung in jenen Identifizierungen zustande gekommen, die zu dieser Erkenntnis und letztlich zu ihrer erfolgreichen Analyse geführt hatte: So wie sie sich von mir nicht gewollt fühlte, so hatte sie sich auch ihrer Mutter bzw. ihren Eltern gegenüber nicht gewollt gefühlt, als Nachzüglerin nach der später schizophren erkrankten Schwester und dem später gewalttätig werdenden und beziehungsgestörten Bruder ...

Immer war sie zu viel oder zu wenig, zu viel, weil die anderen Geschwister so viele Probleme bereiteten oder sie vertreiben wollten von der Seite der Eltern, – zu wenig, weil sie in ihrer unschein-

baren Inszenierung als sie selbst gar nicht gesehen wurde: z.B. als sie als Kind mit schwersten Asthmaanfällen unter Luftnot ums Leben kämpfte, und die Mutter – eine Krankenschwester – dies überhaupt nicht bemerkte, sondern erst der Vater, ein wortkarger und verächtlich-moros wirkender und vom Leben enttäuschter, affektabwehrender Mann, ein Jurist, letztlich doch merkte, dass etwas nicht stimmte mit der jüngsten Tochter und den Arzt holte. Oder wenn sie den verachtungsvollen und beschämenden Blick dieses Vaters auf sich spürte, als sie von der Mutter eines Freundes im zarten Alter von vier Jahren nach Hause geschickt wurde, weil sie sich eingenässt hatte, nachdem dieser Junge sie zu Pinkelspielen in der Dusche verführen wollte, was sie nicht wollte und verweigerte und lieber den Urin zurückhielt, bis sie ihn nicht mehr halten konnte. Überhaupt hätte dieser Vater, der sie da beschämt hatte und vor dem sie sich schämte – in Identifikation eben mit ihm und seiner Weltsicht – ja gegenüber einer oft abwesenden, überforderten und auch ignoranten Mutter der rettende Dritte sein können, aber er konnte es eben nur manchmal sein. Er blieb ein ambivalentes Objekt möglicher Identifizierungen. Auch wegen seiner eigenen Verächtlichkeit und seines Lebensüberdresses aus seiner Geschichte liess er seine unbegriffenen Affekte hemmungslos an der jüngsten Tochter aus: Er, der Sohn eines Widerstandskämpfers der bekennenden Kirche im Dritten Reich, hatte sich als Kind einmal geweigert, mit seinem Vater spazieren zu gehen, woraufhin dieser sich auf diesem Spaziergang vor einen Zug warf – wohl aus Gram über seine inkonsequente Widerstandshaltung unter dem Nazi-Regime. Der Vater, damals ein 10-jähriger Junge, musste seinen Vater identifizieren – ein Trauma für diesen Mann, das er nie verarbeiten konnte und in transgenerationaler Weitergabe an seine Kinder übermittelte, z.B. an unsere adoleszente Narzisse. Sie identifizierte sich in wechselnden und schwierigen Identifizierungen mit dieser anderen, in vielem unbekannt bleibenden Seite ihres Vaters, eben dem kleinen Jungen, aber auch mit dem Grossvater im Widerstand und im Versagen der Widerstandskraft und mit der Gewaltbereitschaft, die aus diesen Identifizierungen resultierte und in ihren gewalttätigen Selbstverletzungsfurien möglicherweise mündeten ...

Es bedurfte eines langen psychoanalytischen Prozesses, um all diese Identifizierungen und Gegenidentifizierungen sowie Loslösungsversuche aus falschen Identifizierungen und Nichtbegegnungen nachträglich zu verstehen und durcharbeiten.

Hier (in meinem 2. Beispiel) war es das wiederum paradoxe Beziehungsangebot der therapeutischen Beziehung, das nur über die Analyse der Phänomenologie der Leere des Schweigens, der Störung und der Zerstörung fruchtbare Begegnungen ermöglichte – aus dem Missgriff taucht die Wahrheit auf (J. Lacan).

Im Grunde ist das ein Element jeden Verstehens, jeder hermeneutischen Operation, wenn ich doch noch einmal die klassische Hermeneutik von Gadamer gegen die ebenso klassische Hermeneutik von K. Jaspers ins Feld führen darf, obwohl das auch bei Jaspers implizit enthalten ist, nur noch versteckter als bei Gadamer, die These nämlich, dass Verstehen nur nachträglich gelingt, nur über das Scheitern des Vorurteils, über das Scheitern des Vor-Verständnisses i.S. der Unabschliessbarkeit des Verstehens ... Man kann es auch in eine ethischen Perspektive darstellen: Der ethische Imperativ ist in der konkreten Begegnung mit dem Anderen immer implizit präsent und wird doch negiert: Du wirst mich nicht zerstören. Dies verleiht der erlebten Erfahrung der Zerstörung der Begegnung seinen kategorialen Gegen-Sinn, aus einer negativen kaiologischen Erfahrung der Begegnung durch Nichtbegegnung (E. Levinas) – wie bei Hegels Dialektik von Herr und Knecht (die Emanzipation gelingt nur aus

dem Scheitern der Begegnung von Herr und Knecht: Kampf um Leben und Tod), die J. Benjamin in ähnlicher Weise fruchtbar gemacht hat für eine Dialektik der Intersubjektivität in der Psychoanalyse [11].

Zu 3) Mein drittes Beispiel negativ-hermeneutischer Verständigungsprozesse versucht diese These noch ein wenig zu vertiefen: Eine jetzt ca. 50-jährige Patientin, selbst Ärztin und Psychotherapeutin, Mutter dreier Kinder, kam ursprünglich wegen phobischer Ängste, die seit der Geburt der ersten Tochter bestanden sowie wegen eines Asthma bronchiale und artifizieller Impulse zur Psychoanalyse. Auch hier stellte sich alsbald eine gravierende Kontaktstörung ein, die mit einem imperativen Verstummen in den Stunden und quälenden Phasen des Schweigens einherging und von einem Gefühl von Verklumpung im Bauch und Selbstverletzungsphantasien (Schneidephantasien) begleitet war. Dramatische Bilder (nach dem Muster der Scherben in der Hand der jungen Pianistin in E. Jelineks Roman und Film: Die Klavierspielerin) waren mit dem Schweigen verbunden, aber stets nach und zwischen den Stunden und nachts. Dieses Phänomen drohte die Analyse immer wieder zum Scheitern zu bringen. Natürlich brachte die Psychoanalyse gravierende lebensgeschichtliche Konfliktpotentiale zu Tage, insbesondere in ihren von destruktiven wechselseitigen Ablehnungen geprägten Beziehung zur Mutter, aber auch in ihrer ödipalen Verstrickung mit einem narzisstischen Vater und in ihren eher kargen Liebesbeziehungen. Gerade die Umstände des realen Alterns der Eltern und des Todes des Vaters verstärkten die Problematik noch einmal erheblich. Aber dieses lebensgeschichtliche Material blieb bloss abstrakt bzw. emotional unverstanden (bezogen auf die Übertragungsbeziehung). Irgendwie glich die Psychoanalyse einer Art von Pseudo-Analyse, wie sie Joyce McDougall bei psychosomatischen Patienten so eindrucksvoll beschrieb. Ein Traum etwa in der 500. Stunde, mitten in einer erneuten bedrohlichen Krise des psychoanalytischen Prozesses (im Sinne des angedeuteten quälenden Verstummens und gravierender, sich wiederholender Missverständnisse) brachte Unerwartetes zu Tage. Er zeigte die negativ-hermeneutische Bedeutung des Verstummens und Schweigens und die prekäre Notwendigkeit, nur über eine akute Reinszenierung von signifikanten Konflikten im Übertragungsprozess – zwischen Körper und Begehren, möchte ich ergänzen – solche hartnäckigen Muster verändern zu können:

Traum: «Ich werde ins Krankenhaus gebracht, aber es ist eine merkwürdige Anordnung, ein altes verrostetes Bett und ich werden darauf festgehalten, meine Mutter sitzt – in einem gewissen Abstand daneben auf einem Stuhl, sagt aber nichts, sie zwingen mich etwas zu schlucken, es sind Eisenspäne, die ich hinunterschlucken soll. Dann bin ich mit meiner Tochter Anna (der, nach deren Geburt ihre Symptomatik begann) in meinem Zimmer in meinem Elternhaus, im Wohnzimmer ist der Tisch gedeckt zum Kaffeetrinken, aber niemand ist da, meine Mutter ist wohl irgendwo in der Küche, es ist düster und ich stehe umarmt mit meiner Tochter, die Türen sind offen und ich blicke durch das Zimmer meines Vaters und das Fenster hinaus in den Garten, dort scheint die Sonne und mein Bruder mäht den Rasen ... Ich habe auch jetzt beim Erzählen ein ganz beklemmendes Gefühl, es ist, wie wenn die

Lunge eng wird (...) Komisch, mein Bruder hätte das doch nie gemacht, Rasen mähen, aber dort auf der Wiese sieht es anders aus als im Haus, dort ist es hell, hier irgendwie dunkel (...).»

Sie erwähnt eine Erinnerungs-Assoziation aus der Kindheit etwa im 5. Lebensjahr, als sie geschrien habe ohne Ende, die Eltern brachten sie aus Verzweiflung in die Klinik, kein Besuch war erlaubt, sie sei festgeschnallt worden, während sie schrie und vermutlich gewaltsam mit Medikamenten beruhigt worden ... Sie erinnert dies als eine traumatische Erfahrung, die Mutter sei gewiss überfordert gewesen, aber sie wirft ihr dennoch vor, dass sie einfach nichts machte, bzw. dass sie das alles ja veranlasst hatte: wie im Traum sitzt sie irgendwo daneben und sieht nicht die Not der Tochter und hilft ihr nicht ...

Nun aber brachte die nächste Stunde in dieser hochfrequenten Analyse das nur szenisch – als Traumbild – Darstellbare auch in der Übertragung zu Tage, aber auch in diesem Beispiel als Dynamik einer verfehlten Begegnung: Niemand kann «in effigie» erschlagen werden – so hatte S. Freud einmal in seiner drastischen Art formuliert ([12], S. 374): «in effigie», also im Abbild, in der Abwesenheit des Objekts, über die Interpretation der Bilderwelt des beschriebenen Fallmaterials der Traumhalte, der imaginären Bilder kann das Geschehen zwar ungemein dicht dargestellt werden, aber die Affekte bleiben dabei oft eingeklammert und draussen gelassen aus der intersubjektiven Beziehung. Die Traumbilder gewinnen ihre affektive Bedeutung nun aber nur in der Wiederholung im Hier und Jetzt in der Übertragung. Und so geschah es auch nach diesem Traum: Immer wieder von Schweigen unterbrochen, stellen sich bedrohliche Affekte in der folgenden Stunde und gravierende Missverständnisse ein. Einmal hörte ich ihr Klingeln nicht, obwohl sie sich eine Viertelstunde lang bemühte, so dass sie frustriert abzog, mehrfach hörte ich ihre Klage nicht über scheinbar nur alltägliche Probleme einer Überforderung im Alltag mit Kindern, mit beruflichen Problemen und Konflikten, mit den zahlreichen alltäglichen Auseinandersetzungen mit ihrer Mutter.

Sie hatte die Mutter an ihrem Lebensort ins Altersheim geholt und glaubte nun, sich jetzt ständig um sie kümmern zu müssen, da sie sie unentwegt forderte und überforderte, was sie wiederum mit schuldgefühlgeladenen Bemühungen zu vermeiden suchte und zugleich erfüllte. Ich versuchte meinerseits, diese Klagen immer wieder als Kommentar bzw. Assoziation zu ihrem Traum zu verstehen, und sie wurde dabei extrem unruhig und ärgerlich auf mich: «Ich könnte schreien» hielt sie mir entgegen, «ich zappele hier auf der Couch vor lauter Wut und Hass, und Sie wollen immer über meine Kindheit und meine Mutter reden». In actu, im *enactment* ihrer Wut und meines Ärgers über ihren Widerstand taten wir in der Tat etwas ganz anderes, als wovon das mitgeteilte Material handelte. Sie wütete und strampelte, und ich ignorierte dies hartnäckig und liess sie strampeln, und sie reagierte schliesslich erschöpft und depressiv, aber in dieser Phase immerhin ohne Angstsymptome oder Atemnot: «Ich glaube, ich bin unerträglich für Sie» – so resümierte sie schliesslich diese Phase. Nicht «in effigie», nicht in den so bedrängenden Traumbildern, sondern in actu im Hier und Jetzt, im Handlungsdialog (R. Klüwer) wurde das Stück gespielt mit der Drohung

einer erneuten Verfehlung der Begegnung, aber auch der Chance einer Katharsis durch das gemeinsame Erkennen und Durcharbeiten der verfehlten Begegnung. Nur wenige Stunden später (in der letzten Stunde vor der Unterbrechung für meine Fahrt zum Vortrag hierher) lieferte sie die Deutung der verfehlten Begegnung im Symbolischen und der gelungenen Begegnung in actu nach: «Das ist alles so paradox und widersprüchlich. Ich kann mein Schweigen nicht mehr ertragen, aber ich kann auch nichts sagen. Gleichzeitig denke ich, nur wenn ich schweige, interessieren Sie sich wirklich für mich. Aber dann kommen Sie mir sehr schnell zu nahe und dann muss ich mich noch mehr zurückziehen und weiter schweigen. Und wenn ich spreche und Sie sprechen, fühle ich mich schnell missverstanden, Sie nehmen mir dann mit Ihren Worten meine Worte weg und dann muss ich wieder fliehen und schweigen». Ohne das therapeutische Durcharbeiten des zunächst in actu Wiederholten bliebe also auch die verfehlte Begegnung in der Übertragung wirkungslos, eine blosser Reproduktion des früher so oft Erlebten, ohne kurative Wirkung, ohne ein vertieftes Verstehen zu ermöglichen.

Zum Schluss

Der psychoanalytische Prozess, so möchte ich es vielleicht zusammenfassend interpretieren, handelt von Beziehungsgeschichten, aus Kindheitsmustern, aktuellen Begegnungen und verfehlten Begegnungen und insbesondere therapeutischen Beziehungsmustern, die wiederum zu neuen Nichtbegegnungen werden können, aber nicht so bleiben müssen, sondern über die Reflexion in Übertragung und Gegenübertragung auch zu Begegnungen durch die Nichtbegegnung hindurch führen können, die ebenso wirklich sind wie die Nicht-Begegnungen zuvor: das ist vielleicht das, was ich oben mit Negativer Hermeneutik gemeint hatte: aus dem Nicht-Sein in seiner dynamischen, zeitlichen Form (mae on), aus der Nichtbegegnung, der verfehlten Begegnung, der Dystychia (J. Lacan), entsteht eine Begegnung, gelingt etwas (tynchanein, Eutychia), das nicht nur Zerstörung ist. Der Sinn, die Bedeutung ist die Verneinung der Verneinung in diesem dialektisch-dialogischen Prozess. Diese doppelte Verneinung führt aber, so fasste es auch die kritische Hegel-Rezeption Adornos (in seiner Pathosophie des Beredt-Werdens-Lassens von Leiden) auf, nicht zum Positiven, sondern zum Begehren ([19], S. 35) (vgl. [2, 13]).

In meinem klinischen Nachschreiten der Wege der Nichtbegegnung schälte sich die Ahnung einer Dialektik der Negativität, einer negativen Hermeneutik in der sprachlichen Verständigung heraus. Sie führt zu einer revidierten Auffassung der psychoanalytischen oder psychotherapeutischen Technik der Gesprächsführung, die dann keine Gesprächsführung mehr ist (schon gar keine sog. supportive, Ich-stützende, egoorthopädische Gesprächsführung) mit einem, der da führt und einem, der sich führen lässt. Diese eher psychiatrische Auffassung vom therapeutischen Dialog lässt sich ja durch die Methode der freien Assoziation und der gleichschwebenden Aufmerksamkeit der Psychoanalyse ohnehin nicht mehr aufrecht erhalten. Psychoanalytische Technik ist dann eher Solidarität mit dem Ande-

ren gerade im Scheitern seiner Geschichte von Begegnungen, gerade an den Grenzen seiner Mitteilungsfähigkeit und Mitteilungsbereitschaft. Diesem scheiternden Anderen muss ich allerdings in seinen Narrationen des Scheiterns allererst zuhören, ihm folgen bis in die Wiederholung des Scheiterns in der therapeutischen Beziehung in actu, nicht in effigie. Psychoanalytische Technik ist Solidarität mit Subjektivität im Augenblick ihres Verschwindens (Adorno, Foucault, [14]), Dialektik von gelingender und misslingender Begegnung [15], Rettung des Nichtidentischen gegen die falschen Identifizierungen von Selbstentwürfen und Diagnoseentwürfen. Wie die letzte Kasuistik zeigen wollte, die die Geschichte einer vergeblichen Begegnung zwischen Analytiker und Analysant thematisiert, lenkt die Solidarität mit dem Subjekt im Augenblick seines Verschwindens (frei nach Adorno und Foucault) die Aufmerksamkeit erneut auf den in der traditionellen Hermeneutik immer schnell vergessenen Körper und das Begehren (das eigene und das des Anderen – auf die Zwischenleiblichkeit projektiver Identifizierungen und intersubjektiver Verständigungsverhältnisse), die eine körperlos gewordene rein kognitiv-geistige hermeneutische Lehre vom Sinn und vom Verstehbaren fast vergessen hatte. Diese idealistische, körperlos gewordene Psychopathologie, Psychodynamik und Hermeneutik, die den Körper als das Andere des Denkens, als Ort und Objekt des Begehrens, des Triebes des Affekts nicht mehr hat denken konnte, gründet in Negativer Erfahrung ([7, 15, 16], Negativer Hermeneutik [2]), in widerständigem Denken in der Psychoanalyse. Psychoanalyse ist innere Revolte gegen die Identifizierungen des Selbst und der Übertragung, Durcharbeiten der negativen Übertragung (Kristeva, Warsitz), eben: negative Hermeneutik.

Literatur

- 1 Habermas J. (1970). Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik. Zur Logik der Sozialwissenschaften. J. Habermas. Frankfurt/M., Suhrkamp: 331–66.
- 2 Warsitz R-P. (1995). Zwischen Verstehen und Erklären: die Psychoanalyse als negative Hermeneutik. Der Widerstand gegen die Psychoanalyse. I. Behrens, F. Berger and T. Plänklers. Frankfurt/M., Geber&Reusch: 137 ff.
- 3 Warsitz R-P. (1995 b). Zwischen Verstehen und Erklären: die Psychoanalyse als negative Hermeneutik. Der Widerstand gegen die Psychoanalyse. I. Behrens, F. Berger and T. Plänklers. Frankfurt 1995, Geber und Reusch: 137 ff.
- 4 Jaspers, K. (1919/1946). Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Springer.
- 5 Dilthey W. (1884). Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. Gesammelte Schriften. W. Dilthey. Stuttgart 1982, B.G.Teubner. V: 139–240.
- 6 Warsitz, R-P. (1987). Das zweifache Selbstmissverständnis der Psychoanalyse. Die Psychoanalysesekritik von Karl Jaspers in immanenter Darstellung. Würzburg, Königshausen&Neumann.
- 7 Warsitz R-P. (1990). Zwischen Verstehen und Erklären. Die widerständige Erfahrung der Psychoanalyse bei Karl Jaspers, Jürgen Habermas und Jacques Lacan. Würzburg, Königshausen&Neumann.
- 8 Warsitz R-P. Die Zeit des Verstehens und die negative Phänomenologie. Risse und Spuren. Zur Diskontinuität von Zeit und Bewusstsein. M. Scholl and G. C. Tholen. Kassel. 1991;27:45–88.
- 9 Sonnemann U. (1969). Negative Anthropologie. Vorstudien zur Sabotage des Schicksals. Frankfurt/M. 1981, Syndikat.
- 10 Green A. (1988/dt.2004). Die tote Mutter. Psychoanalytische Studien zu Lebensnarzissmus und Todesnarzissmus. Giessen, Psychosozial-Verlag.
- 11 Benjamin J. (1988/ dt. 1990). Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Basel/Frankfurt/M., Stroemfeld/Neuer Stern.
- 12 Freud S. (1912). Zur Dynamik der Übertragung. Gesammelte Werke. S. Freud. Frankfurt, S. Fischer. VIII.
- 13 Warsitz R-P. (2004). «Die Destruktion als Ursache des Werdens». Freie Assoziation. Psychoanalyse – Kultur – Organisation – Supervision 1/2004: 153–75.
- 14 Warsitz R-P. (1992). Widerständiges Denken. Zum Verhältnis von Daseinsanalyse, Psychoanalyse und kritischer Gesellschaftsanalyse. Spontaneität und Prozess. Zur Gegenwärtigkeit Kritischer Theorie. S. Gürtler. Hamburg: 121–44.
- 15 Warsitz R-P. «Der Raum des Sprechens und die Zeit der Deutung im psychoanalytischen Prozess.» Psyche – Z Psychoanal 2006;60:1–30.
- 16 Warsitz R-P. 1997.
- 17 Deutscher-Fachverband für Sozialtherapie, Ed. Sozialtherapie in Aktion. Neukirchen-Vluyn 2001, Affenkönig-Verlag.
- 18 Adorno TW. (1966). Negative Dialektik. Frankfurt a.M., Suhrkamp.
- 19 Adorno TW. (1970). Ästhetische Theorie. Frankfurt a.M., Suhrkamp.