

Unverkäufliche Leseprobe aus:

Stephen Grosz

Die Frau, die nicht lieben wollte

und andere wahre Geschichten über das Unbewusste

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung von Text und Bildern, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags urheberrechtswidrig und strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung oder die Verwendung in elektronischen Systemen.

© S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Wie wir von einer Geschichte besessen sein können, die nicht erzählt werden kann

Ich möchte Ihnen eine Geschichte von einem Patienten erzählen, der mich schockiert hat.

Zu Beginn meiner Tätigkeit als Psychoanalytiker mietete ich mir in Hampstead ein kleines Praxiszimmer an einer breiten, baumbestandenen Straße namens Fitzjohns Avenue. Einige bekannte psychoanalytische Kliniken liegen im näheren Umkreis, und bis zum Freud-Museum sind es nur wenige Minuten Fußweg. Am Südenende der Fitzjohns Avenue steht eine große Bronzestatue von Freud.

Meine Praxis war ein ruhiger, spärlich eingerichteter Raum mit einem Tisch gerade groß genug, sich Notizen zu machen und die monatlichen Rechnungen zu schreiben. Bücherregale und Akten fehlten – das Zimmer war weder zum Lesen noch zum Studieren gedacht. Und wie in den meisten Praxen war die Couch keine Couch, sondern ein Einzelbett mit harter, dunkel bezogener Matratze. Am Kopfende lag ein Daunenkissen und darauf ein weißes Leintuch, das nach jedem Patienten gewechselt wurde. Die Psychoanalytikerin, die mir das Zimmer vermietete, hatte vor vielen Jahren ein Werk afrikanischer Stammeskunst an die Wand gehängt. Sie benutzte das Zimmer morgens, ich am Nachmittag, deshalb war es so unpersönlich, fast asketisch eingerichtet.

Beim ambulanten Dienst der forensischen Psychiatrie an der Portman Clinic hatte ich einen Teilzeitjob. Patien-

ten, die ans Portman überwiesen werden, haben meist das Gesetz gebrochen und gewalttätige oder sexuelle Verbrechen begangen. Meine Patienten gehörten zu allen Altersgruppen, und ich schrieb so manche Gerichtsvorlage. Zeitgleich baute ich meine private Praxis auf. Der Plan lautete, die Vormittage der klinischen Arbeit zu widmen, während ich hoffte, am Nachmittag meine eigenen Patienten sehen zu können, die nicht ganz so extreme und drängende Probleme hatten.

Wie sich dann herausstellte, erwiesen sich auch meine ersten privaten Patienten als eine ziemliche Herausforderung. Im Rückblick kann ich viele Gründe dafür nennen, warum diese ersten Fälle so schwierig waren. Teils lag dies sicher an meiner eigenen Unerfahrenheit. Ich glaube, es braucht Zeit – jedenfalls habe ich Zeit gebraucht –, um zu erkennen, wie verschieden die Menschen sind. Und vermutlich hat es auch nicht geholfen, dass einige Patienten von etablierten Psychiatern und Psychoanalytikern überwiesen wurden, die mir helfen wollten, Fuß zu fassen. Oft überweisen Ärzte nämlich jene Patienten an jüngere Analysten, die sie selbst nicht behandeln oder anderswo unterbringen können. Und so plagte ich mich ab mit:

Miss A., einer zwanzigjährigen Studentin. Obwohl der überweisende Analytiker bei Miss A. diagnostiziert hatte, sie leide »unter unkontrollierbaren Weinkrämpfen, Depressionen und anhaltenden Gefühlen der Unzulänglichkeit«, trat sie mir gegenüber als eine fröhliche, junge Frau auf, die felsenfest davon überzeugt war, keine Behandlung zu brauchen. Mit der Zeit erfuhr ich jedoch, dass sie unter Bulimie litt und sich zwanghaft regelmäßig schnitt. Da sie nur sporadisch zu ihren Sitzungen gekommen war, hatten bereits zwei Therapeuten die Behandlung aufgegeben.

Professor B., einem vierzigjährigen Wissenschaftler, verheiratet, zwei Kinder. Ihm war kürzlich vorgeworfen worden, das Werk eines Rivalen plagiiert zu haben. Der Vizekanzler der Universität hatte die Angelegenheit an den Disziplinarausschuss weitergeleitet. Sollte sich der Vorwurf als berechtigt erweisen – und Professor B. gestand, dass dies durchaus der Fall sein könne –, sollte er vermutlich die Gelegenheit erhalten, ohne Aufsehen den Rücktritt einreichen zu dürfen. Sein Arzt hatte ihm Antidepressiva verschrieben und mich gebeten, mit ihm eine Analyse zu beginnen. Professor B.s Zustand wechselte abrupt zwischen hektischen Triumphgefühlen – so mokierte er sich etwa über seine Kollegen im Disziplinarausschuss – und völliger Niedergeschlagenheit.

Mrs C.; ihr gehörte ein kleines Restaurant, das sie zusammen mit ihrem Mann führte; zudem war sie Mutter von drei Kindern. Sie suchte Hilfe, da sie sich ständig Sorgen machte und unter Panikattacken litt. Bei unserem ersten Treffen erzählte sie, dass es ihr schwerfiel, »ehrlich zu sein«, doch erst nach mehreren Monaten Therapie vertraute sie mir an, dass sie eine Affäre mit dem Kindermädchen hatte, mit jener Frau also, die seit sieben Jahren für die Familie arbeitete und kurz nach der Geburt des ersten Kindes eingestellt worden war. Entgegen einer Übereinkunft mit ihrem Gatten versuchte Mrs C. nun insgeheim, wieder schwanger zu werden, da sie den Gedanken, ihr Kindermädchen zu verlieren, nicht ertragen konnte.

Ein weiterer Patient aus dieser Anfangszeit war ein junger Mann namens Peter, der in einem nahe gelegenen großen Psychatriehospital behandelt wurde. Drei Monate, ehe wir uns kennenlernten, versteckte sich Peter in einem Schrank der Bezirkskirche und versuchte sich umzubrin-

gen, indem er eine Überdosis diverser Medikamente nahm und sich dann die Pulsadern aufschnitt. Außerdem stach er sich mit einem kleinen Messer in den Hals, in Brust und Arme. Die Putzfrau entdeckte ihn. Trotz ihrer Angst hielt sie ihn im Arm, bis der Krankenwagen kam. »Wer hat das getan?«, fragte sie ihn. »Sagen Sie mir, wer hat das getan?«

Die Fachpsychiaterin im Krankenhaus wollte wissen, ob ich mich fünfmal die Woche mit Peter treffen könne. Sie meinte, eine Therapiestunde täglich sowie wöchentlich eine Sitzung mit ihr böten Peter die beste Chance, gesund zu werden und zu seiner Verlobten und seiner Arbeit zurückzukehren.

Peter war siebenundzwanzig und arbeitete als Statiker. Ehe man ihn ins Krankenhaus einwies, hatte er sich mit seiner Verlobten eine kleine Wohnung außerhalb Londons gekauft. Bei der Arbeit gab es manche Schwierigkeiten, und er machte sich große Sorgen ums Geld, doch nichts davon schien seinen gewalttätigen Angriff auf sich selbst erklären zu können. Teil meiner Arbeit würde es also sein, gemeinsam mit Peter die Ursachen für seinen Selbstmordversuch herauszufinden, denn solange wir die Kräfte nicht verstanden, die ihn zu diesem Angriff auf sich selbst verleitet hatten, bestand Grund zu der Annahme, dass es erneut dazu kommen würde.

Peter war groß und schlaksig, ließ aber, wie so manche Depressive, die Schultern hängen und hielt den Kopf gesenkt. Er benahm sich zudem entsprechend, redete stockend und mied häufigen Blickkontakt. Lag er erst einmal auf der Couch, bewegte er sich kaum mehr.

Peter erschien zu all seinen Sitzungen und kam auch fast nie zu spät. Nach mehreren Monaten wurde er aus dem Krankenhaus entlassen und konnte in sein Leben zurück-

kehren. Nur spürte ich bei unseren Sitzungen immer häufiger, dass er an einen Ort verschwand, den ich nicht aufspüren und schon gar nicht verstehen konnte. »Sie sind lange still gewesen – können Sie mir sagen, woran Sie gedacht haben?«, fragte ich ihn während einer Sitzung.

»An Ferien in Devon – damals war ich noch ein Kind«, antwortete er.

Es folgte eine lange Pause. Könnte er mir nicht mehr erzählen? Er erwiderte, er denke an nichts Bestimmtes, nur ans Alleinsein.

Mir kam der Gedanke, dass er sich von mir fort wünschte, dass er Ferien von der Analyse haben wollte, und das sagte ich ihm auch. »Könnte sein«, erwiderte er.

Es war, als versuchte Peter sich vor meiner Zudringlichkeit zu schützen, indem er einerseits die Konventionen einer Psychoanalyse einhielt – so etwa kam er pünktlich und beantwortete meine Fragen –, dies andererseits aber auf eine Weise tat, als versuchte er zu verhindern, dass sich irgendeine bedeutsame Verbindung zwischen uns entwickelte. Er schien nur wenig Hoffnung in unsere Gespräche zu setzen.

Dann erfuhr ich, dass es für Peter typisch war, Freunde zu gewinnen, um sich später gegen sie zu wenden. Im Berufsleben ging er ebenfalls still seiner Arbeit nach, bis er mit dem Vorgesetzten plötzlich einen Streit vom Zaun brach und kündigte. Das war bereits mehrere Male geschehen. Ich versuchte Peter mit diesen Informationen zu zeigen, dass ihm offensichtlich zwei psychologische Positionen zur Wahl standen – Mitmachen oder der radikale Bruch. Er schien mir beizupflichten, doch hatte ich nie den Eindruck, dass ihm diese Einsicht etwas bedeutete. Und bald trat das gleiche Schema auch in der Analyse zutage.

Statt mitzumachen, begann Peter, sich über mich lustig zu machen. Nach einer Woche, in der es besonders heftig zuging, hörte Peter auf, zu den Sitzungen zu kommen. Ich schrieb und schlug ihm vor, mit mir darüber zu reden, warum er die Behandlung abbreche, erhielt aber keine Antwort.

Ich kontaktierte die Psychiaterin, die mir erzählte, Peter habe auch aufgehört, zu ihr zu kommen.

Zwei Monate später traf ein Brief von Peters Verlobter ein, die mir mitteilte, dass Peter sich das Leben genommen hatte. Sie schrieb, Peter sei im Monat vor seinem Tod zunehmend verstört und in sich gekehrt gewesen. Die Beerdigung im Krematorium in West-London hatte bereits vor einer Woche stattgefunden. Sie schrieb auch, dass sie dankbar für meine Bemühungen um ihn sei. Ich schickte ihr einen Kondolenzbrief und informierte Peters Psychiaterin.

Ich hatte gewusst, dass Peter ein Risikopatient war. Als ich ihn annahm, zog ich einen Supervisor hinzu, einen erfahrenen Psychoanalytiker, der ein Buch über Selbstmord verfasst hatte. Wiederholt wies er mich auf die vielerlei Arten hin, in denen Peter den Tod zu idealisieren schien. Nun ging ich erneut zu ihm, da ich mich fragte, ob ich etwas übersehen hatte. Mein Supervisor versuchte, mich zu beruhigen. »Wer weiß?«, sagte er. »Vielleicht hat ihn deine Analyse im letzten Jahr vom Selbstmord *abgehalten*.« Trotzdem machte mir Peters Tod ziemlich zu schaffen. Natürlich wusste ich, dass wir alle die Fähigkeit besitzen, selbstzerstörerisch zu handeln, nur hatte ich geglaubt, der Wunsch, leben zu wollen, sei stärker. Stattdessen spürte ich nun, wie fragil er war. Peters Selbstmord machte mir klar, dass der Kampf zwischen den Kräften des Lebens

und des Todes viel ausgewogener verlief, als ich vermutet hatte.

Sechs Monate später fand ich eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter vor. Ich hörte die unverkennbaren Geräusche einer öffentlichen Telefonzelle – Tuten, Münzklicken – und dann Peters Stimme: »Ich bin's. Ich bin nicht tot. Wäre es Ihnen recht, wenn ich zu Ihnen komme und wir miteinander reden? Ich bin unter meiner alten Nummer zu erreichen.«

In dem Augenblick, in dem ich Peters Stimme hörte, fühlte ich mich verwirrt und meinte fast, in Ohnmacht zu fallen. Einen Moment lang redete ich mir ein, der Anrufbeantworter funktioniere nicht, weshalb ich eine uralte Nachricht von Peter hörte, die nie gelöscht worden war. Dann aber musste ich lachen – vor Wut, vor Erleichterung. Und weil ich so verblüfft war.

Als ich an jenem Abend der Psychiaterin schrieb, um ihr mitzuteilen, dass Peter doch nicht tot war, tat ich, was viele Menschen tun, wenn sie wütend sind. Ich riss einen Witz. »Falls es keine Telefonzellen in der Hölle gibt«, schrieb ich, »ist Peter noch am Leben. Er hinterließ heute eine Nachricht auf meinem Anrufbeantworter und bat um einen Gesprächstermin.«

Peter kam in der folgenden Woche. In sachlichem Ton erzählte er, dass *er* mich über seinen Tod informiert hatte, nicht seine Verlobte. Er hatte auch meinen Kondolenzbrief abgefangen. »Ich fand ihn sehr rührend«, sagte er.

»Ach, wie interessant«, meinte mein Supervisor. »Eigentlich unglaublich, dass so etwas nicht öfter passiert. Wenn man an all die Jugendlichen denkt, die sagen ›Das wird dir noch leidtun, wenn ich mich umgebracht habe‹, sollte man doch annehmen, dass ein Selbstmord viel öfter

vorgetäuscht wird.« Wir stimmten darin überein, dass ich Peter nur dann wieder aufnehmen sollte, wenn ich den Eindruck hatte, dass er sich in Zukunft wirklich ernsthaft bemühen wollte.

Nach mehreren Gesprächen einigten wir uns darauf, die Analyse fortzusetzen. Letztlich erwiesen sich Peters Verschwinden und seine Rückkehr sogar als hilfreich, da es etwas klärte, was wir zuvor nicht begriffen hatten: Sein Drang zu schockieren.

In den folgenden Sitzungen schälte sich langsam heraus, dass es Peter gefiel, an den Kummer zu denken, den er verursachte, wenn er plötzlich kündigte oder eine Freundschaft beendete. Zweimal schon hatte er eine Analyse unvermittelt abgebrochen – das erste Mal, indem er einfach aufhörte, das zweite Mal, indem er seinen Selbstmord vortäuschte. In der ersten Phase seiner Analyse hatte ich nicht begriffen, wie wichtig es Peter war, andere Menschen brutal vor den Kopf zu stoßen. Nur warum?

Als Peter zwei Jahre alt war, wurden seine Eltern geschieden; seine Mutter hatte bald darauf wieder geheiratet. Während dieser zweiten Phase seiner Analyse suchte Peter seinen biologischen Vater auf und sprach mit ihm offen über seine Mutter. Er fand heraus, dass seine Mutter eine Affäre mit dem Mann gehabt hatte, der sein Stiefvater werden sollte, und dass beide, Vater wie Mutter, schwere Trinker gewesen waren. Außerdem wurde ihm klar, dass seine ersten beiden Lebensjahre ganz anders verlaufen waren, als man es ihm bislang erzählt hatte. Beide, Vater wie Mutter, gaben zu, dass sie mit ihm als Baby überfordert gewesen und gewalttätig gegen ihn geworden waren.

Peter erzählte mir, dass sich sein Vater an vieles nicht erinnerte, nur daran, dass es eine schreckliche, unglückli-

che Zeit gewesen sei, eine unglückliche Ehe. »Meine Mutter weinte und erklärte immer wieder, dass es ihr leidtäte«, sagte Peter. »Bei meiner Geburt war sie erst zwanzig und hatte niemanden, der ihr half. Sie sagte, manchmal habe sie geglaubt, einfach verrückt zu werden.«

Peters Verhalten machte deutlich, dass er es sich nicht erlauben konnte, schwach zu sein. Für ihn war Abhängigkeit gefährlich. Seine Geschichte ließe sich folgendermaßen zusammenfassen: »Ich bin der Angreifer, der traumatisiert, nie das Baby, das verletzt wird.« Allerdings fühlte sich Peter auch immer wieder gezwungen, gegen sich selbst vorzugehen. Als er sich in der Kirche angriff, inszenierte er ebendiese Geschichte. »Ich dachte«, erzählte er, »du widerliches kleines Heulbaby. Ich kann dir das antun, und du wirst mich nicht davon abhalten.«

Ich denke, wir versuchen alle, dem Leben durch das Erzählen unserer Geschichte einen Sinn zu verleihen, nur war Peter von einer Geschichte besessen, die er nicht erzählen konnte. Da ihm die Worte fehlten, drückte er sich auf andere Weise aus. Erst mit der Zeit begriff ich, dass Peters Verhalten die Sprache war, die er benutzte, um mit mir zu reden. Peter erzählte seine Geschichte, indem er mich fühlen ließ, was es hieß, er selbst zu sein, indem er mir die Wut, die Verwirrung und den Schock vermittelte, die er als Kind gespürt haben musste.

Die Autorin Karen Blixen schrieb einmal: »Alles Leid lässt sich ertragen, wenn man es in eine Geschichte verpackt oder eine Geschichte darüber erzählt.« Was aber, wenn ein Mensch keine Geschichte über sein Leid erzählen kann? Was, wenn die Geschichte *ihn* erzählt?

Die Erfahrung hat mich gelehrt, dass unsere Kindheit derartige Geschichten in uns hinterlässt – Geschich-

ten, denen wir keine Stimme verleihen konnten, weil uns niemand half, die nötigen Worte dafür zu finden. Wenn wir aber keine Möglichkeit haben, unsere Geschichte zu erzählen, erzählt die Geschichte uns – wir träumen diese Geschichten, wir entwickeln Symptome, oder wir merken, dass wir uns auf eine Weise benehmen, die wir nicht verstehen.

Zwei Jahre, nachdem Peter seine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen hatte, einigten wir uns darauf, die Analyse zu beenden. Ich fand, dass es noch mehr zu tun gab, aber Peter meinte, es sei an der Zeit.

All dies ist vor vielen Jahren geschehen. Seither hat Peter um keinen neuen Termin mehr gebeten, aber ich bin ihm kürzlich begegnet, vor dem Kino. Wir erkannten uns über den Eingangsbereich hinweg. Peter sagte etwas zu seiner Begleitung, und sie kamen beide herüber. Er gab mir die Hand und stellte mich dann seiner Frau vor.