

DDR-Geschichte in der Übertragung

Besonderheiten ostdeutscher Psychotherapie-Patienten -1

Dr. med. Michael J. Froese, Potsdam

Vortrag gehalten auf der Tagung der NGaT in Malente am 17. März 2012

1. Einführung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen sehr herzlich für Ihre Einladung und die Möglichkeit über unsere Erfahrungen aus unserer psychohistorischen Arbeitsgruppe sprechen zu können. Ich werde Ihnen also einiges über die Mentalität und in psychotherapeutischen Behandlungen auftauchende Besonderheiten Ostdeutscher versuchen nahe zu bringen.

Als ich darüber nachdachte, wie ich diesen Vortrag beginnen könnte, sind mir zwei Patienten verschiedener Generationen eingefallen, eine junge Frau, von Mitte Dreißig und ein Mann Mitte 50. Beide stehen für Patienten, wie wir sie heute in der Psychotherapie häufig sehen. Ich möchte im Folgenden über das Beispiel der jungen Frau berichten. Über den Mann können wir vielleicht in der Diskussion sprechen. Darüber hinaus will ich aufgrund unserer Erfahrungen in der psychohistorischen Gruppe einige *behandlungstechnische Besonderheiten ostdeutscher Psychotherapie - Patienten* darstellen. Wie ich Ihnen zeigen werde, mischen sich bei ihnen nicht selten *transgenerationelle Traumatisierungen* mit *seelischen Verletzungen*, die *während der DDR-Zeit* entstanden sind. Schließlich hat die sog. *Wende* von 1989 viele Ostdeutsche nicht nur stolz gemacht. Die mit ihr einhergehende *zeitweilige Chaotisierung zentraler Lebensbereiche* kann Störungen hinterlassen haben.

Hintergrund meiner Erörterungen sind Erfahrungen aus einer *psychohistorischen Arbeitsgruppe*. Ein Kreis von Lehranalytikern des psychoanalytischen Institutes in der Invalidenstrasse, der APB, hat eine spezielle Arbeitsweise entwickelt, die es erlaubt, den Einfluss prägender historischer Ereignisse auf Betroffene deutlicher sehen zu können. Zunächst aber ein Wort zum Begriff des

Psychohistorischen. Ich verwende den von *Erikson* und *DeMause* (2000) entwickelten Ansatz in einer veränderten Weise. Uns geht es weniger um den prägenden Einfluss früher Kindheiten oder einzelner Persönlichkeiten auf Institutionen oder Gesellschaften. Wir interessieren uns in umgekehrter Richtung für die Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf die innere Realität eines bestimmten, latent oder manifest traumatisierten Klientels (vgl. Radebold et.al. 2009).

2. Zur Entwicklung der psychohistorischen Arbeitsgruppe

Seit Mitte der 90 - er Jahre beschäftigen wir uns in einer *AG Psychoanalyse und Gesellschaft* mit dem psychischen Erbe der DDR-Zeit. Erste Themen, mit denen wir uns auseinandersetzten, waren Folgen von *Nazizeit*, *Krieg* und *Nachkrieg*, *Krippenerziehung*, *Stasi-Bespitzelung* und politischer *Haft*. Auf einer Arbeitstagung 2005 setzten wir uns das erste Mal gründlicher mit verschiedenen Formen der Traumatisierung Ostdeutscher auseinander (vgl. Seidler u. Froese 2009). Diese Diskussionen waren noch theoretischer Natur. 2007 begannen wir, regelmäßig über Patienten zu besprechen, bei denen historische Einflüsse eine besondere Rolle spielen. Unsere Gruppe trifft sich *einmal im Monat*. Eine Sitzung dauert *90 Minuten*.

Wie werden unsere Fälle ausgewählt? Es gibt nur die einfache Verabredung, einen Patienten mitzubringen, bei dem der Analytiker den Eindruck hat, *geschichtliche Faktoren* könnten zum Verständnis der Störung des Patienten wesentlich sein. Der *Gruppenleiter* achtet neben den klinischen Aspekten des Falles zusätzlich auf im Material enthaltene signifikante *historische Einflüsse* und ermuntert die Gruppe, hierzu zu assoziieren. Meist am *Anfang* bei der Vorstellung durch den betreffenden Kollegen und *am Ende* jeder Sitzung wird darüber nachgedacht, welche *besondere politisch/kulturelle Konstellation* sich in dem diskutierten Fallmaterial finden lässt. Wenn es gelingt, eine *Szene* aus der Gruppendiskussion herauszulesen, ist das Auffinden einer solchen Figur erleichtert. Nach den Fallvorstellungen werden *Protokolle* geschrieben. In einigen Fällen ist es erst mit zeitlichem Abstand möglich, einen *Fokus* zu formulieren, der das gesuchte historische Moment beinhaltet. *Ziel* ist es, prägende Momente des Geschichtlichen in der *Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung* aufzuspüren. Um zu zeigen, wie wir arbeiten, werde ich Ihnen jetzt ein ausführliches Fallbeispiel geben.

3. Der Fall Claudia

Eine vitale 33-jährige, in ihrem Auftreten sympathische *Versicherungsangestellte*, die ich Claudia nenne, kam wegen *Bulimie*, *Selbstunsicherheit* und *aggressiven Durchbrüchen* zu mir. Anlass für ihren Entschluss eine Therapie zu beginnen, war die kränkende Zurückweisung durch einen Dozenten, in den sie sich während eines Weiterbildungs-Lehrgangs verliebt hatte. Der zog sich nach einer gemeinsam verbrachten Nacht zurück. Sie geriet in eine Selbstwertkrise. Die bulimischen Beschwerden, die es in bestimmtem Umfang seit früher Kindheit und Pubertät gab, nahmen drastisch zu. In unserer zweiten Sitzung teilte sie mit, dass sie die Tochter eines hohen Staatssicherheits-Offiziers und einer Lehrerin sei. Über den Verantwortungsbereich ihres Vaters sagte sie nichts. Ihre Mutter meinte, als sie die Schwangerschaft mit der Patientin entdeckte, ein bösartiges Gewächs hätte sich in ihrer Gebärmutter entwickelt. *Essen* wurde frühzeitig zu Beruhigung und Kompensation fehlender Zuwendung und Liebe von beiden übergewichtigen Eltern verwendet. Schon im Kindergarten und später in der Schule, hat sie sich als *Außenseiterin* gefühlt.

Als sie von ihrem Vater erzählt, kann ich kaum nachfragen. *Täter-Phantasien* beschäftigen mich sofort. *Spontan* verspüre ich eine Abneigung, mit dem Kind eines ehemaligen Stasi-Oberst eine Therapie zu beginnen. Tief in mir bin ich empört über diese Konstellation und denke, eine therapeutische Beziehung zwischen uns kann keinesfalls produktiv werden. Aber Claudia gelingt es in den Probestunden, mich durch ihre offene, sympathische Art für sich einzunehmen. So beginnen wir eine analytische Behandlung, zunächst mit zwei, später drei Wochenstunden. Der Prozess entwickelt sich anfangs gut. In der Atmosphäre einer positiven Vaterübertragung bleibt die Stasi-Vergangenheit ihres Vaters lange randständig. Claudia beschrieb ihren Vater in dieser Zeit als verbittertes Wendeopfer. Er arbeitet als Vermögensberater und steht den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen äußerst kritisch gegenüber. Mit seiner Frau lebt er isoliert. Beide werden wegen der Stasi-Vergangenheit von ihrem sozialen Umfeld gemieden. Umso wichtiger ist ihnen der Kontakt zu beiden Töchtern. Claudias ältere Schwester hält sich von den Eltern fern. Deren Mann versteht sich mit dem Vater nicht. So fühlt sich Claudia für ihre Eltern verantwortlich; zugleich will sie diese Rolle loswerden.

Nach einiger Zeit erfahre ich, dass es *väterlicherseits* zu einer *heldenhaften* verarbeiteten Trennungstraumatisierung und *mütterlicherseits* zu einem außerordentlich *beschämenden*

Verrat gekommen ist. Über beide tragische Geschichten ist während Kindheit und Jugend der Patientin in der Familie nur in für Claudia wenig verständlichen Andeutungen gesprochen worden.

Der wegen politischen Widerstands gegen die Nazis verurteilte *väterliche Großvater* war einem KZ-Todesmarsch durch mutige Flucht entkommen. Nach dem Krieg heiratete er und verließ seine noch schwangere Frau, um als sog. Kundschafter für den KGB in den Westen zu gehen. Seine Abwesenheit wurde durch die Großmutter verleugnend idealisiert, eines Tages käme er zurück. Sie blieb verbittert allein. Claudias Vater wurde selbst Geheimdienstmann und traf seinen Vater noch einige wenige Male, sozusagen als Kollegen; sonst gab es keine Kontakte. In der mütterlichen Familie entwickelte sich im Gefolge einer kühl-abweisenden Haltung der Großmutter eine heftige Rivalität zwischen zwei Schwestern um die Liebe ihres Vaters. Als die ungeliebte ältere Tante der Patientin diesen im Affekt nach einem Streit wegen seiner SA-Mitgliedschaft verriet, wurde er für Jahre eingesperrt und kam als gebrochener Mann zurück.

Die Beziehung von Claudia zu ihrer *Mutter* bleibt in den damaligen Stunden blass. Der analytische Prozess kommt in eine größere Krise, nachdem Claudia die familiären Traumatisierungen eingebracht hat. Ihre Bulimie verstärkt sich massiv. Meine damalige Deutung, Claudia sei enttäuscht, dass ich mich mehr für ihre Eltern bzw. Großeltern als für sie interessiere, bestätigt sie zwar. Sie bleibt aber dabei, mir auszuweichen, wenn ich versuche, über unsere Beziehung zu sprechen. Claudia bagatellisiert hartnäckig oder verbreitet unmotivierten Optimismus. Ich habe das Gefühl, wir steckten fest. Aus diesem Grund bringe ich sie in unsere Gruppe.

Nach der Vorstellung sagen einige Kollegen, Claudia weiche mir nicht nur aus, wenn ich unsere Beziehungen anspreche. Sie hätten den Eindruck, dass die Patientin sich anstrenge, mich zu schonen, zu versorgen, eigentlich mich zu *bemuttern*. Sie würde sich ähnlich ambivalent um mich kümmern, wie sie es für ihre Eltern tue. Und ich hätte das offensichtlich nicht bemerkt. In dem Bericht war meinen Kollegen auch aufgefallen, wie sehr ich mich bemühte, meine Schwierigkeiten mit Claudia anhand detaillierter Darstellungen therapeutischer Mikro-Szenen zu illustrieren. Die Gruppe phantasiert eine schwierige therapeutische Grundsituation. Dass ich sie gegen meine ursprüngliche Intention genommen hatte, sehen mehrere Kollegen als eine dauerhafte Belastung. Man kann sich kaum vorstellen, wie es mir gelingen soll, dieses Ressentiment zu kontrollieren. Mehrere Kollegen identifizieren sich mit den gesunden, sympathischen Anteilen der

Patientin und betonen die Chance, die sie durch die Therapie bekäme. Eine Kollegin thematisiert die schwierigen Umstände, unter denen Claudia in ihrer Familie aufwuchs und wundert sich, dass bei der Essstörungs-Symptomatik so wenig von der Mutter die Rede gewesen sei. In der Gruppe wird schließlich überlegt, ob Claudia es gut verstünde, jeweils schwierige Momente per Spaltung aus unserer Beziehung herauszuhalten. Eine Kollegin fühlt sich durch die von mir – wie sie findet – „zwanghaft kleinteilig“ gelieferten Schilderungen von „zu viel Gegenübertragungsmaterial“ gestört.

Die *Diskussion in der Gruppe* begann mich nun doch zu verstimmen. Besonders das Argument, ich hätte zu viel von meinen *inneren Reaktionen* mitgeteilt, nahm ich als Kritik. Eigentlich war ich froh, detailliert unsere Beziehung darstellen zu können. Aber das sah ich von meinen Kollegen nicht honoriert. Nach der Sitzung blieb ein Gefühl von Verkennung und Ablehnung. Erst als ich Tage später ein *Protokoll* über die Falldiskussion schrieb, gelang es mir wahrzunehmen, wie sich in mir eine *Reaktionsbildung* gegen die Ablehnung der Stasi-Vater-Tochter-Konstellation von Claudia gebildet hatte. Ich fasste den von mir empfundenen Dialog unserer *Übertragungssituation* in meinem Protokoll mit folgenden Worten zusammen:

Claudia sagte etwa: „Wenn ich Dich schone, wirst Du das hoffentlich auch tun. Denn es gibt Gründe, wegen derer ich geschont werden möchte. Zum Beispiel will ich keine Verräterin sein, wie meine Tante eine war und gleichfalls meinen geliebten Vater bloßstellen. Noch schwieriger als die Bindung an meinen Vater aber ist das Verhältnis zu meiner Mutter. Aber darüber rede ich momentan lieber nicht. Auch nicht über die Beziehung zu Dir, das ist mir momentan zu heiß. Du bist ein wohlwollender Therapeut, der mich behandelt und nicht weggeschickt hat. Aber das kann ja im Ernstfall noch geschehen. Ich habe immer erlebt, im Zweifelsfall lästig zu sein. Ich spüre, wie du an den historischen Sachen interessiert bist. Ist ja auch interessant. Da ich auch nicht genau weiß, was mein Vater getan hat, scheint es besser, diese Dinge erst einmal auszuklammern. Ich will ihn nicht unnötig kränken. Und wer weiß, wie Du darauf reagieren wirst. Denn ich brauche Dich als gutes Objekt, um von meiner Krankheit loszukommen und ein normales Leben führen zu können!“

Meine Antwort darauf ist etwa folgende: „Ich behandle Dich, obwohl ich es nicht wollte. Denn mit Stasi-Leuten und deren Kindern hatte ich nichts am Hut. Denen musste ich mich lange genug beugen und jetzt bin ich in Gefahr, mich irgendwann an dir für früher erlittene Erniedrigungen rächen zu wollen. Aber die alten Zeiten sind Gott-sei-

Dank vorüber und inzwischen habe ich Abstand zu unserer Vergangenheit. Also nahm ich Dich als Patientin. Da ist vielleicht eine ähnliche Ambivalenz, wie die, die wir bei Deiner Mutter vermuten. Denn die wollte wohl auch kein zweites Kind mehr. Du warst sympathisch und konntest nicht dafür, in eine solche Familie hineingeboren zu sein. In unseren deutschen Familien steckt eh viel Gewalt. Das kenne ich aus meiner eigenen. Du gibst mir bisher das Gefühl, dass sich die Mühe, die wir uns geben, lohnt. Auch wenn mir immer wieder auffällt, wie Du fast jedem meiner Versuche, wirklich über unsere Beziehung zu sprechen, ausweichst. Du konntest etwas mit meinem Interesse an den früheren Traumen in Deiner Familie anfangen, hast Dich auf diese Gedankengänge eingelassen. Aber weil mich das so berührt, spüre ich Misstrauen, vielleicht hast Du Dich da auch sehr auf mich und mein Interesse eingestellt. Denn Du hast wahrscheinlich Angst, von mir auf die gleiche Weise abgespeist zu werden, wie Du es von Deiner Mutter wurdest, wenn Du nicht tatest, was sie von Dir erwartete?“

Diskussion des Falles

Claudia entstammt einer in der DDR systemtreuen Familie. Ihr Vater gehörte als Staatssicherheits-Offizier potentiell zu den Tätern. In den Familien beider Eltern ist es während des Krieges bzw. in der Nachkriegszeit zu *Traumatisierungen* gekommen, die an meine Patientin und ihre Schwester weitergegeben wurden. Drei psychohistorische Besonderheiten lässt sich am Fall Claudia zeigen: Eine *Reaktionsbildung beim Analytiker* gegen Racheimpulse dem Kind eines vermeintlichen Täters gegenüber, die *Fixierung* des Analytikers auf Momente eines besonderen *Täter-Phantasmas* und schließlich eine *Wiederholung der Parentifizierung* elterlicher Objekte in der Übertragung.

1. Reaktionsbildung gegen Racheimpulse

Mir war am Beginn der Behandlung aufgefallen, wie sich in meiner Gegenübertragung ein Widerstand gegen die Tatsache entwickelt hatte, die Tochter eines Stasi-Oberst zu behandeln. Aber was stand hinter diesem Widerstand? Ich zähle mich zu den Oppositionellen in der DDR-Zeit. Folglich erlebte ich die Staatssicherheit als bedrohliche Institution. So ist die Mobilisierung alter Ressentiments in dieser Konstellation nicht überraschend. Gleichzeitig gab es den therapeutischen Anspruch, Claudia eine faire und gute Behandlung zu ermöglichen. In diesem inneren Konflikt kam es in mir zu einer *Reaktionsbildung* gegenüber latenten Rache- und Vergeltungsimpulsen, die mir in diesem Ausmaß erst mit Hilfe der psychohistorischen Gruppe deutlich wurde.

2. Das Phantasma vom Stasi-Vater

Zentral für Bildung der *Reaktionsbildung* war das Aufkommen des im Kern dämonischen *Phantasmas vom Stasi-Oberst* in mir, welches von Anfang an die Übertragungssituation bestimmt hatte. Meine, durch die Bespitzelungs-, Macht- und Verratsthematik von Claudia's Familie präformierten Überlegungen veranlassten mich, ihr eine Wiederholung des traumatischen Familienthemas *Verrat* zu deuten. Ich sagte anlässlich eines Konfliktes mit ihren Kollegen, ob sie sich wie die Verräter-Tante fühle, die sie nie hatte sein wollen? Damit erreichte ich sie aber nicht. Erst als ich ihre, damals in Form von massiver Kritik an der Therapie auftauchende, bis dahin abgespaltene *Jähzornsneigung*, die sich in heftigen Wutausbrüchen ihrem Partner, ihren Kollegen und zunehmend auch mir gegenüber zeigte, einbezog, konnten wir ein weiterführendes Verständnis erarbeiten. Sie reagierte schon als Kind mit heftiger narzisstischer Wut, wenn sie nicht bekam, was sie wollte.

Wenn man fragt, weshalb ich vom Phantasma des Stasi-Oberst so schnell und so dauerhaft eingenommen war, könnte man denken, es sei mir wohl nicht ungelegen gekommen, eigene Täter-Anteile aus der DDR-Zeit auf den Stasi-Vater zu projizieren und damit zu entsorgen. Aber auch eine transgenerationelle Denkmöglichkeit taucht auf. Mein Vater war aktiver Soldat. Dessen reale Schuldanteile sind für mich im Dunklen geblieben, seine Traumatisierung und seine diffusen Schuldgefühle nicht. An dieser Stelle hat es offenbar in meiner Familie eine Weitergabe vorbewusster Schuldgefühlen gegeben. Die – wie Freud sagt – *entlehnten Schuldgefühle* sind so in mir relativ bewusstseinsnah eingelagert. So kann ich fragen: Wenn ich mich also so vehement auf die vermeintliche Schuld von Claudias Vaters beziehe, meine ich in einem persönlichen Sinne vielleicht die Schuld meines Vaters?

3. Parentifizierung des Analytikers

Eine dritte, erst in den Diskussionen unserer historischen Gruppe auftauchende Besonderheit ist die Parentifizierung durch meine Patientin. Mir waren die Momente der *Beelterung* innerhalb der Therapie nicht aufgefallen. Ich hatte lediglich beobachtet, wie sie mir wiederholt auswich. Als ob sie unsere therapeutische Beziehung vor destruktiven Impulsen schützen wollte. Dass hierin ein Versuch zu sehen war, mich gleichsam bei Laune zu halten, sich um mich zu kümmern, mich zu bemuttern haben wir als ein typisches Muster für Patienten gefunden, die zur Zeit von Mauerfall und deutscher Vereinigung in Pubertät und Adoleszenz waren.

4. Weitere Befunde aus der psychohistorischen Arbeitsgruppe

Zwischen Mai 2007 und März 2011 haben wir in unserer historischen Arbeitsgruppe 29 Fälle besprochen. Am häufigsten waren das *Wende-Themen* gefolgt von *Problemen mit der DDR-Vergangenheit*, an dritter Stelle rangierten therapeutische *Ost-West-Konstellationen*. Kollegen, die Material vorstellten, exponierten sich in besonderer Weise. Aber auch wir Mitglieder der Arbeitsgruppe gerieten während der Falldiskussionen und in der Zeit danach mehrfach in diffizile innere Situationen *politisch-historischer Selbsterfahrung*. Erst mit einem gewissen zeitlichen Abstand war meist möglich, die eigenen Reaktionen auf unsere Vergangenheit in den Therapien umfassender zu reflektieren.

Fasst man die bisherige Arbeit unter *behandlungstechnischen Gesichtspunkten* zusammen, lassen sich verschiedene Aspekte beschreiben, die wir in psychotherapeutischen Behandlungen ostdeutscher Psychotherapie-Patienten wiederholt beobachtet haben:

1. Viele ostdeutsche Patienten, die heute in unsere Behandlungen kommen, waren zur Zeit der Wende in der Pubertät oder in der Adoleszenz. Die Verunsicherungen der Wendezeit erzeugten eine besondere intergenerationelle Dynamik. Die existentiellen Verunsicherungen der Eltern führten oft zu *Parentifizierungen* durch ihre adoleszenten Kinder. Diese Entwicklung wiederholte sich in mehreren von uns untersuchten Therapien auf der *Ebene der Übertragungsbeziehungen*, wenn Therapeuten und Patienten unterschiedlichen Generationen angehörten. Diagnostisch lohnt es sich, darauf zu achten, ob das Familiensystem, dem der Patient angehörte, labilisiert oder evtl. sogar traumatisiert war. Insofern sollten diese Übertragungsentwicklungen nicht als narzisstisch motivierte Abwehr von Abhängigkeitswünschen missverstanden werden.

Parallel zu den Parentifizierungen während und nach der Wende haben wir *pseudo-progressive Entwicklungen* gesehen, innerhalb derer sich Adoleszente forciert von ihren Primärobjecten ablösten. In Therapien traten Übertragungskonstellationen auf, in welchen *Flucht in die Gesundheit* oder ähnliche Tendenzen beschleunigter Entwicklung zum Ausdruck kamen.

2. Psychotherapeutische/analytische *Behandlungen kamen nicht zustande* oder wurden nach *kurzer Zeit abgebrochen*, weil heftige initiale, negative Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellationen das Entstehen eines Arbeitsbündnisses verhinderten. Das beobachteten wir besonders *bei ehemals politisch Inhaftierten*. Deren

Entschluss, sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, mobilisiert meist hohe Ambivalenzen, sich wenig strukturierten Therapiesituationen auszusetzen. Das psychotherapeutische Setting erinnert ehemalige Häftlinge nicht selten an ihre Verhörsituation (vgl. Trobisch-Lütke (2004)). Wenn schon in den Probesitzungen Enactments mit heftigen Affekten auftreten, kann sich der Therapeut fragen, ob eine solche Retraumatisierungsangst angetriggert worden sein könnte. Wir haben mehrere solcher Fälle besprochen und waren, wie die vorstellenden Kollegen, überrascht, dass therapeutische Angebote trotz heftiger Symptomatik und starken Leidensdrucks und guten Willens seitens des Therapeuten nicht genutzt werden konnte.

3. Ein in unserem Material unerwartet auftauchender, überraschender Befund waren Schwierigkeiten bestimmter Therapeuten, mit Patienten, die sie als Täter ansahen, aktiv und konfrontativ umzugehen. Sie wirkten angesichts der in der therapeutischen Situation enthaltenen neuen *Machtmöglichkeiten* auffällig *gehemmt*. So als wollten sie diese vor ihrem eigenen Straf- und Racheimpulsen verschonen. Interessanterweise entwickelten gerade solche Kollegen, die selbst in der DDR verfolgt oder inhaftiert worden waren, derartige *Reaktionsbildungen*.

Weshalb diese Schwierigkeiten mehr als 20 Jahre nach dem Zusammenbruch der DDR noch bestehen, ist eine interessante Frage. Es scheint ein ausreichender zeitlicher Abstand erforderlich zu sein, sich mit Tätern auseinanderzusetzen. In Westdeutschland kam es öffentlich erst 1968 zu einer solchen Situation. Die Ostdeutschen müssen das *Erbe zweier Diktaturen* verarbeiten. Halberstadt - Freud hat in einem 2011 erschienenen Beitrag gezeigt, wie Nachkommen der Täter unter Symptomen leiden, die den weitergegebenen Traumatisierungen der Opfer ähnlich sind. Sie hält sie zum Teil für noch *schwerer zu verarbeiten*, da uneingestandene Schuld und gesellschaftliche Ächtung zu Schamreaktionen und sozialer Vermeidung beitragen. Kinder und Kindeskiner der Täter entwickeln nach Halberstadt - Freud eine *gespaltene Loyalität*. Einerseits sind sie ihren Eltern und Großeltern gegenüber unbewusst loyal, andererseits missbilligen sie deren Vergangenheit und sind längst mit entgegen gesetzten Werten identifiziert. Die persönliche Loyalität der Familie gegenüber behindere oder vereitele die Suche nach Wahrheit und den Wunsch, die Tatsachen in Erfahrung zu bringen, was die Voraussetzung für eine Heilung wäre, möglicherweise völlig. Dieses Problem haben Ostdeutsche in zweifacher Hinsicht durchzuarbeiten. Diese *doppelte Schuld-Problematik* ist vielfach unbewusst und stellt

einen wichtigen Ansatzpunkt für Nostalgie und defensive Selbstbehauptungsversuche Ostdeutscher dar.

4. Einen besonderen Schwerpunkt stellen Fragen der *Schuld* dar. Dabei ist es aus psychotherapeutischer Perspektive nötig, zwischen *realer* und *entlehnter* Schuld zu unterscheiden. Es ist in Diktaturen für die meisten Menschen unmöglich, nicht irgendwann *real* schuldig zu werden. Das ist auf die latent sado-masochistischen Machtstrukturen des politischen Systems zurückzuführen. Die Herrschenden setzen ihre Macht im Zweifel sadistisch durch. Damit wird eine Beziehungsstruktur etabliert, welche auch die Opfer dieser Machtausübung verinnerlichen. Irgendwann werden auch sie zu Tätern. Sie kennen die Befunde und Begriffe über das Leben im Dritten Reich. Für die DDR-Zeit ist es nicht einfach, über Schuldfragen zu sprechen, da sie oft subtiler zustande kamen als es im Dritten Reich der Fall war.

Schwieriger, weil verdeckter, ist der Umgang mit der geerbten, der *entlehnten Schuld*. Haben sich Väter im Krieg schuldig gemacht, gaben sie diese oft unbewusst weiter. Bei einem meiner Patienten, dessen Vater Wehrmachtsoffizier war, fanden wir eine ausgeprägte masochistische Lebenshaltung, die sich auf die vom Vater übernommenen Schuld zurückführen ließ. Der Vater war zunächst in die Kasernierte Volkspolizei der DDR übernommen, später als Nazi enttarnt und entlassen worden. Er nahm sich im 4. Lebensjahr des Patienten das Leben. Der Patient blieb sehr mit seinem Vater, als dessen Liebling er sich fühlte, identifiziert. Lange wiederholte er das Trauma seines Vaters, in dem er im Beruf nach einer gewissen Zeit mehrfach als jemand enttarnt wurde, der Schutzbefohlene aggressiv und sexuell missbrauchte und dann entlassen wurde. Ähnlich gestaltete er seine Liebesbeziehungen. Er hat mit drei Frauen fünf Kinder. Jeweils nach wenigen Jahren brachte er die Frauen dazu, nach großen Hoffnungen von ihm total enttäuscht zu sein und ihm den Laufpass zu geben. Als er zu mir kam, lebte er frustriert allein und war nur zu polymorph-perversen sexuellen Begegnungen mit Heiminsassen oder Männern im Stricher-Milieu fähig.

5. Ein weiterer wichtiger Komplex unserer Untersuchungen bezog sich auf die *Ost-West-Konstellation von Patienten und Therapeuten*. Da in unserem Institut sowohl Ausbildungskandidaten wie Lehrende aus Ost- und West stammen, bot sich dieser Gegenstand zu einer genaueren Untersuchung an. *Dorothee Adam-Lauterbach*, eine Lehranalytikerin unseres Institutes mit einer Westsozialisation, hat am Beispiel

mehrerer Behandlungen von Ost-Patientinnen Besonderheiten gezeigt (2010): Sie findet es hilfreich, Ostpatienten zu fragen, *warum sie*, wenn sie die Wahl haben, *zu einem Westtherapeuten kommen*. Sie beobachtet bei sich eine *Tendenz* zu einer *vorschnellen Übernahme* von erlittenem *Unrecht*, politischer *Unterdrückung* und *Opferstatus*, welche bei genauerem Hinsehen Abwehrcharakter besitzen können. Sie hat den Eindruck beschrieben, dass ostdeutsche Analysanden ihre *Enttäuschung* an den Elternobjekten *leicht auf den Staat verschieben*, was man als Therapeut aus dem Westen so ohne weiteres nicht bemerkt. Sie schildert auch, wie sie in Analysen mit Ostpatienten *weniger Phantasie* zu haben glaubt. Es sei als fehle ein Innenraum, der Bilder, Assoziationen und Gefühle zulasse. Dazu passend beschreibt sie ein Gefühl, *von Ostpatienten* in vergleichbarer Weise wesentlich *weniger idealisiert* zu werden.

Hier wirkt bei Ostdeutschen nach meiner Erfahrung ein Spaltungsmechanismus Autoritäten gegenüber, den Parin (1977) als Form einer psychosozialen *Anpassung* beschrieben hat. Ausgehend von einer *Trennung in das Offizielle* und das *Private* im Umgang mit der Staatsmacht entwickeln die Menschen in Diktaturen eine Spaltung ihrer inneren Objekte in einen *guten, beschützenden* und einen *bösen, verfolgenden* Teil (Meador 2001). Mit dem positiven Anteil kann man sich leicht identifizieren, der negative wird abgelehnt und projektiv entsorgt. Diese inneren Reaktionen folgten auch aus dem DDR-Alltag. Den Gesetzen des Staates musste man sich beugen. Sie konnten aber zugleich in Teilen ignoriert und hintergangen werden. Das führte zu einer massenhaften Nichtachtung staatlicher Vorgaben mit den bekannten Folgen fehlenden Engagements, von Mangelwirtschaft und geringer Produktivität. Auf der Ebene des *Ödipuskomplexes* sind väterliche Ordnung und väterliches Gesetz missachtet und inzestuöse Phantasien erhalten worden. Man unterwarf sich, ohne anzuerkennen. Trennung und Ablösung wurden so oft erheblich behindert. Dieser Abwehr- oder besser gesagt *Anpassungsmechanismus* ist für viele Ostdeutsche typisch und wird von westdeutschen Kollegen oft so nicht erkannt.

Zu den potentiell traumatisierenden historischen Ereignissen für die Ostdeutschen (Nazizeit, Krieg, Nachkrieg, SED-Diktatur, Umbruch u. Chaos der Wendezeit) kommt jetzt ein weiteres Ereignis hinzu: Die *Entwertung der Lebenszeit in der DDR*, die für viele, wenn nicht gleich ein Trauma, so doch eine seelische Verletzung darstellt.

6. Ein letzter Punkt bezieht sich auf die *historische Nachträglichkeit*. Ich habe den Eindruck, dass es uns leichter fiel, zeitgeschichtliche Phänomene die der *Wende* folgten, *zuerst* zu beschreiben. Die psychischen Folgen der DDR zu untersuchen, fällt uns dagegen schwerer. Obwohl inzwischen über 20 Jahre vergangen sind, waren die Ostdeutschen, ähnlich wie die Menschen nach dem Zweiten Weltkrieg, vor allem mit dem Aufbau eines neuen Lebens beschäftigt. So dass die Zeit für eine tiefere Reflexion der Vergangenheit erst jetzt einzusetzen scheint. *Insofern befinden wir uns erst in einem frühen Stadium des Aufarbeitung von psychischen Folgen der DDR-Zeit.*

5. Fazit

Ich habe versucht, Ihnen anhand des Beispiels einer *jungen ostdeutschen Psychotherapie-Patientin* zu zeigen, wie sinnvoll es sein kann, *Gegenübertragungsschwierigkeiten* über eine *Bewusstmachung geschichtlich entstandener, hier politischer Besonderheiten* zu erhellen. Dabei stellen nicht die geschichtlichen Bezüge des Patienten, sondern die inneren Reaktionen des Therapeuten das eigentlich interessante Material dar.

Eine *psychohistorische Gruppe* ist sehr geeignet, Übertragungsverhältnisse hinsichtlich zeitgeschichtlicher und kultureller Besonderheiten genauer zu untersuchen. Trotz der Vorteile einer Einzelfallarbeit sollte *systematische Forschung* diese so gewonnenen Befunde vervollständigen und ergänzen. Falls jemand sich mit ähnlichen Fragen beschäftigt, sind wir an einem *Austausch* sehr interessiert.

Ein letztes *Wort zum Mitnehmen*: Mit ostdeutschen Patienten ist es wie mit Migranten. Es ist gut, wenn man etwas von ihrer Kultur und Geschichte versteht. Noch wichtiger aber ist die Bereitschaft, sich für das Fremde in ihnen zu interessieren und offen zu sein, die eigenen Reaktionen darauf zu untersuchen. Zumal dieses Fremde sich oft als fast vergessener Teil des Eigenen erweist.

Literatur:

- Adam-Lauterbach, D.: Erfahrungen einer West-Analytikerin in Analysen mit ostdeutschen Patientinnen. Vortrag auf der Arbeitstagung „Vom Glück des Wiederfindens“ der APB Berlin, 23. – 24.10. 2010.
- Akhtar, S. (2007): Immigration und Identität. Bibliothek der Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag. Giessen
- Ardjomandi, M.E. (1998): Migration – ein Trauma? In: Schlösser, A-M. & K. Höfeld (Hg.): Trauma und Konflikt. Giessen (Psychosozial-Verlag), 309-322.
- Bergmann, M.S., M.E. Jucovy & J. Kestenberg (Hg.) (1998): Kinder der Opfer, Kinder der Täter. Frankfurt (S. Fischer Verlag).
- Bomberg, K.-H. (2009): Traumatisierung durch politische Haft in der DDR. In: Seidler, Chr. & M. Froese (Hg.): Traumatisierungen in Ostdeutschland. Giessen (Psychosozial-Verlag), 141-150.
- Eckstaedt, A. (1989) Nationalsozialismus in der „zweiten Generation“. Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen. Suhrkamp. Frankfurt/M.

- Froese, M. (2009): Das Amfortas-Syndrom bei ostdeutschen Psychotherapeuten. Vortrag auf der Jahrestagung der „Weltkrieg2Kindheiten“-Forschungsgruppe, Hofgeismar 28.-30. 2010.
- Froese, M. (2010): Dieser Patient hat keine Analyse verdient. Entstehung, Arbeitsweise und Ergebnisse der psychohistorischen Balintgruppe. In: Jörg Frommer u. Peter Diederichs (Hg.) Äußere und innere Realität. In Vorber.
- Froese, M. & Chr. Seidler (2009): Kriege, Traumatisierungen, Befreiungen, Neuanfänge und Verluste. In: Chr. Seidler & M. Froese (Hg.): Traumatisierungen in (Ost-) Deutschland. Giessen (Psychosozial-Verlag), 19-34.
- Horzetzky, F. (2009): Die Wende in Ostdeutschland für die damals Jugendlichen. Trauma und nachhaltig prägende Erfahrung. In: Seidler, Chr. & M. Froese (Hg.): Traumatisierungen in (Ost-) Deutschland. Giessen (Psychosozial-Verlag), 245-266.
- Machleidt, W. (2009): Interkulturelle Psychotherapie. Unveröffentl. Manuskript.
- Marahrens-Schürg, C. u. M. Froese (1997) Liebende im Schatten der Zeit. In: Kurt Höfeld u. Anne-Marie Schlösser (Hg.) Psychoanalyse der Liebe. 281- 292. Giessen (Psychosozial-Verlag)
- deMause, Lloyd (2000) Was ist Psychohistorie? Eine Grundlegung. Giessen (Psychosozial-Verlag).
- Meador, M. (2001) Über eine Anpassungsfigur. In: Froese u. Seidler (Hg.) Leben im Übergang. edition bodoni. Berlin, S. 24 - 27
- Parin, P. (1977) Das Ich und die Anpassungsmechanismen. Psyche 31, S. 418 - 515
- Radebold, H. Bohleber, W. & Zinnecker J. (Hg.) (2009): Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten. München (Juventa).
- Ruff, W. (2010): Rezension Radebold, H. Bohleber, W. & Zinnecker J. Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten. Psyche-Z Psychoanal 64, 189.
- Schmid-Gloor, E. (2004) „Entlehene Schuld“ und „falsches Über-Ich“. Z. psychoan. Theor u. Praxis, 19, S. 46-68
- Schlesinger-Kipp, G. (2010): Prozesse der Erinnerung an die Kindheit in Nationalsozialismus und Krieg. Interviews mit Psychoanalytikerinnen in Deutschland. Psyche-Z Psychoanal 64, 151-171.
- Seidler, C. (2008): Ablösungen, Abrisse und Abbrüche. Wendebedingte Störungen in ostdeutschen Familien. Vortrag an der Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie Berlin APB.
- Seidler, C. & M. Froese (Hg.) (2009): Traumatisierungen in (Ost-) Deutschland. Giessen (Psychosozial-Verlag).
- Simon, A. (2009): Bleiben will ich, wo ich nie gewesen bin. Versuch über ostdeutsche Identität. Giessen (Psychosozial-Verlag).
- Trobisch-Lütge, S. (2004) Das späte Gift. Folgen politischer Traumatisierung in der DDR und ihre Behandlung. Giessen (Psychosozial-Verlag)