

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)

Psychoanalytische Psychosentherapie und Sozialpsychiatrie

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOSENTHERAPIE | BAND 20

Vandenhoeck & Ruprecht

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.):
Psychoanalytische Psychotherapie und Sozialpsychiatrie

V&R

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOSENTHERAPIE

Schriftenreihe des Frankfurter
Psychosenprojekts e. V. (FPP)

Herausgegeben von Stavros Mentzos
Mitherausgeber: Günter Lempa, Norbert Matejek,
Thomas Müller, Alois Münch, Elisabeth Troje

Band 20: Günter Lempa/Elisabeth Troje (Hg.)
Psychoanalytische Psychotherapie
und Sozialpsychiatrie

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.):
Psychoanalytische Psychosentherapie und Sozialpsychiatrie
Günter Lempa/Elisabeth Troje (Hg.)

Psychoanalytische Psychosentherapie und Sozialpsychiatrie

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-525-45121-2

© 2008, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen
Internet: www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile
sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen
als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf
der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile
dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages
öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch
bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany

Schrift: Minion

Satz: KCS GmbH, Buchholz/Hamburg
Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co, Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Editorial.....	7
Georg Bruns Die therapeutische Haltung in psychoanalytischen und sozialpsychiatrischen Behandlungen. Differenzen und Auswirkungen.....	9
Artur Diethelm und Elisabeth Troje Home Treatment in Frankfurt. Dialog über die Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (APAH)	30
Jan Pohl Die Symbolisierungsfunktion der Supervisionsgruppe in einer Werkstatt für psychotisch Kranke.....	51
Michael Groß Eine Psychosomatose als Äquivalent einer Psychose. Überlegungen zur Anwendung von Elementen der Psychosenpsychotherapie auf andere Erkrankungen	80
Die Autoren	99

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.):
Psychoanalytische Psychotherapie und Sozialpsychiatrie

Editorial

Wir versuchen in diesem Band, die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede zu diskutieren, die zwischen dem psychoanalytischen Verständnis und der sich daraus ergebenden Therapiemethode und dem sozialpsychiatrischen Ansatz und den Methoden der sozialpsychiatrischen Intervention bestehen. Dabei geht es vor allem um die Fragestellung, ob und gegebenenfalls in welcher Form die Vorgehensweisen von Sozialpsychiatrie und Psychoanalyse sich bei der Behandlung von psychotischen Patienten positiv ergänzen können. Die Beiträge in diesem Band zeichnen dazu ein unterschiedliches Bild.

Georg Bruns beschreibt den Konflikt, der durch eine gleichzeitige Behandlung durch den Psychoanalytiker und eine Tagesklinik so aktualisiert werden kann, dass die Patientin ihn nicht innerlich zu lösen vermag, sondern mit einem Abbruch der Psychotherapie reagiert. Die Verführung zur Regression in der Sozialpsychiatrie muss weiter reflektiert werden.

Andererseits zeigt die Diskussion zwischen Artur Diethelm und Elisabeth Troje, wie in Frankfurt in einer Tradition der Reformgedanken der 1970er Jahre eine Klinik und ihr Leiter immer wieder versuchen, diesen Konflikt zwischen Autonomie und lebenslangen Versorgungswünschen, wie auch den daraus entstehenden Abhängigkeiten innerhalb ihrer Einrichtung und in ihren Angeboten, in Teambesprechungen und Supervisionen zu bearbeiten.

Jan Pohl berichtet aus seiner jahrzehntelangen Erfahrung als Supervisor. Er zeigt, wie die psychotische Symbolisierungsstörung sich in der Beziehung zwischen Therapeut und Supervisionsgruppe reinszeniert, und er gibt anschauliche Beispiele für die oft sehr anstrengende Wiedergewinnung eines Raums, in dem sowohl Therapeut als auch

Supervisionsgruppe als abgegrenzte und zugleich bezogene Partner ihre Existenzbedingungen vorfinden.

Michael Groß stellt die gescheiterte Therapie eines Patienten mit einer schweren Neurodermitis vor. Er versucht retrospektiv zu verstehen, welche Konzepte und Vorgehensweisen möglicherweise einen anderen Therapieverlauf ergeben hätten. Dabei bezieht er sich auf die hier zu Lande nur wenig bekannten Konzepte von Gisela Pankow, die auf eine Verbindung zwischen Psychosomatosen und Psychosen hinweisen.

Während der Vorbereitung dieses Bandes haben wir von einigen interessanten Initiativen erfahren. Leider reicht der Platz nicht, um die am finnischen Modell von Yrjö Alanen orientierten ambulanten Teams in Hamburg hier zu beschreiben, die Volkmar Aderhold, Niels Greve und andere aufgebaut haben. Auch die sehr interessanten Initiativen der Pinel-Gesellschaft in Berlin müssen unberücksichtigt bleiben. Der Vorsitzende, Hans-Otto Böckheler, ist Psychoanalytiker. Er hat seine Arbeit in einem Artikel beschrieben, der in dem von Martin Wollschläger herausgegebenen Band »Sozialpsychiatrie« (2001) veröffentlicht ist. Wir müssen uns auf diesen Hinweis beschränken. Aber wir hoffen, dass die hier angeschnittene Diskussion weitergeht.

Elisabeth Troje
Günter Lempa

Georg Bruns

Die therapeutische Haltung in psychoanalytischen und sozialpsychiatrischen Behandlungen

Differenzen und Auswirkungen

Die therapeutische Haltung dem Patienten gegenüber ist in sozialpsychiatrischen Betreuungsverhältnissen anders als in psychoanalytischen Behandlungen. Daraus können Konflikte entstehen, wenn Patienten von der einen in die andere Behandlung wechseln. Das wird am Beispiel einer Patientin aufgezeigt. Im Kontrast zu ihr wird die Behandlung eines anderen, auch ehemals psychotischen Patienten beschrieben, der zwar auch an einer anderen Stelle in Behandlung stand, aber keinen Wechsel des Behandlungsmilieus erlebte. Die Frage, wie mit der Tatsache umgegangen werden kann, dass psychotische Patienten, wenn sie eine psychoanalytische Behandlung mitmachen, fast immer auch in einer anderen Behandlung stehen, verdient ausführliche Überlegungen (s. a. Bruns, 1995), ebenso die Frage des Wechsels. Um die unterschiedlichen Einwirkungen zu verstehen, werden die therapeutische Haltung in sozialpsychiatrischen und die in psychoanalytischen Behandlungen miteinander verglichen.

Arbeitshaltung oder Grundhaltung in der Sozialpsychiatrie

Einer der großen Fortschritte, die die Sozialpsychiatrie der Psychiatrie gebracht hat, ist die Anregung zum Nachdenken über die eigene Haltung dem Patienten gegenüber. Dörner und Plog (1978) nennen es die »Arbeitshaltung in der Psychiatrie« oder die »Grundhaltung« (S. 3 ff.). Diese Grundhaltung wird auf ein Arbeitsteam und die Arbeit mit Patienten bezogen. Sie besteht aus drei Hauptelementen: der Selbstwahrnehmung – »Suchen bei mir selbst« (S. 30); der Wahrnehmungsvollständigkeit – »berufliche und private Anteile« (S. 34); der Normalisierung der Beziehung (S. 34 ff.).

Unter der »Selbstwahrnehmung« verstehen die Autoren insbesondere die Wahrnehmung der eigenen Gefühle dem Anderen gegenüber und die Suche nach ihnen, anstelle der üblichen Belegung eines Gegenübers mit Prädikaten wie »blöd, nett, schwachsinnig, schizophren, kooperativ« (S. 31). Selbstwahrnehmung und Suchhaltung führten zum Verstehen und beim Gegenüber zum Gefühl des Verstandenwerdens. Sie ermöglichten eine Distanz, steckten an, vermittelten damit eine Solidaritätserfahrung, schützten davor, dem anderen das eigene Bild überzustülpen, und begründeten so das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe (S. 33 f.).

Zum Element »Wahrnehmungsvollständigkeit« vertreten die Autoren tendenziell eine gleiche Haltung in »therapeutischen und ›normalen‹ Begegnungen« (S. 34). Die Grundhaltung solle keine Rolle sein, »sondern echt, nämlich ein ständiges Bemühen um Verständnis« (S. 34). Das sei erreicht, wenn man Menschen außerhalb der Arbeit genauso begegne wie in ihr, wenn man sie verstehen wolle. Ein Unterschied liege allerdings darin, dass man innerhalb der Arbeit in der Psychiatrie dem berufsinhärenten Zwang unterliege, den Anderen zu verstehen, auch wenn es manchmal »verflucht strapaziös« (S. 34) sei. Außerhalb der Arbeit könne man dagegen frei entscheiden, ob und wieweit man noch etwas verstehen wolle.

Unter der »Normalisierung der Beziehung« verstehen Dörner und Plog eine partnerschaftliche Beziehung, in der die Beteiligten »gleichberechtigt und gleichwertig« (S. 36) sind. Es geht ihnen dabei vor allem um den Umgang mit den Gefühlen, die der Andere einem entgegenbringt. Diese seien nicht nur ganz individuell, sondern auch Übertragungen aus anderen Beziehungen. Mit seiner Art der Begegnung löse der Partner »bei mir Gefühle aus, die dazu führen, dass ich ihn behandle wie andere Personen aus meinem Leben (Gegenübertragung)« (S. 34 f.). Abgesehen davon, dass die Autoren hier eine Übertragung fälschlich zur Gegenübertragung erklären – Gegenübertragung ist die psychische Antwort auf die Übertragung des Anderen und primär auf eine seiner unbewussten inneren Selbst- oder Objektrepräsentanzen bezogen, aber nicht auf die verinnerlichten Objektrepräsentanzen des Subjekts aus früheren Beziehungen –, sprechen sie doch die wichtige Tatsache der affektiven Interaktion zwischen Kollegen sowie zwischen therapeutischem Personal und Patienten an, eine Interaktion, die in der Psychiatrie üblicherweise verleugnet und nur in einem Begriff, dem des Praecox-Gefühls bei der Schizophrenie (Rümke, 1942), anerkannt worden ist.

Es ist aber nicht zu übersehen, dass die vorgeschlagene Grundhaltung stark idealistische Züge trägt. Tendenziell wird die Berufsrolle zur Disposition gestellt, therapeutische und private Begegnungen sollen sich nicht mehr unterscheiden, eine Grenze des Verstehens von Patienten wird nicht zugelassen, die Beziehung zum Patienten soll die zu einem Partner sein, gleichberechtigt und gleichwertig. In diesem Konzept sind Differenzierungen zwischen professioneller und privater Existenz, Unterschiede des Wissens und Unterschiede der Entscheidungskompetenz obsolet geworden, also die Elemente, die eine professionelle Expertenrolle ausmachen. Das Ideal der sozialpsychiatrischen Grundhaltung ist eine unerschütterliche empathische und fürsorgliche Mitmenschlichkeit. Historisch betrachtet sind in diesem Ideal Ideen aus den Anfängen der sozialpsychiatrischen Bewegung enthalten, die im Zusammenhang der Studentenbewegung entstanden war und sich gegen Entfremdung, Ungleichheit und Machtstrukturen in den modernen Arbeits- und Lebensverhältnissen richtete.

Finzen (1981) hat dieses Ideal bereits früh als »die neue Einfachheit oder die Entprofessionalisierung der Psychiatrie« kritisiert, die religiös anmutende Idealisierung bezeichnet er als »moralischen Pietismus«. Dennoch sind wesentliche Elemente erhalten geblieben. In der sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung, wie sie die DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) anbietet (Kruckenberg u. Schäde-Deiningner, 2004), findet sich allerdings eine entscheidende Akzentverschiebung, wenn unter der »Grund- und Arbeitshaltung« jetzt doch eine »professionelle Haltung im Arbeitsalltag« (S. 11) vermittelt werden soll. Wesentliche Leitgedanken der Fortbildung, die auch gut das sozialpsychiatrische Selbstverständnis charakterisieren, sind ein ganzheitliches Krankheitsverständnis und eine partnerschaftliche Grundhaltung gegenüber Patienten und Angehörigen, eine personenbezogene Denkweise, Aneignung psychiatrischen Wissens in Verbindung mit persönlicher Weiterentwicklung, Reflexion der eigenen Berufsrolle und beruflichen Identität in einem berufsgruppenübergreifenden Setting, wobei die berufliche Arbeit auf die Arbeit im Team hin orientiert ist (S. 10f.). Berufliche und private Existenz werden spürbar getrennter, aber noch partiell zusammenhängend gesehen (persönliche Weiterentwicklung), die Notwendigkeit psychiatrischen Wissens (Expertenwissen) wird eingeräumt, eine Berufsrolle wird angesprochen, sie soll aber nur gegenüber Patienten Bedeutung erlangen, im Team zugunsten der Teamarbeit zurücktreten. Eine partnerschaftliche Beziehung soll aber auch mit den Patienten bestehen.

Die Entscheidung, ob der sozialpsychiatrisch Tätige Partner oder Experte sein soll, ob Gleichheit verfochten oder Unterschiede anerkannt werden sollen, wird in ein Sowohl-als-auch aufgelöst.

Die psychoanalytische Haltung

Der Begriff der psychoanalytischen Haltung bezeichnet »alle Gefühle, Denk- und Verhaltensweisen des Psychoanalytikers gegenüber seinem Patienten [...] die er von sich in die psychoanalytische Situation einbringt und die sich dann auf den Patienten und auf den psychoanalytischen Prozeß auswirken« (Dantlgraber, 2000, S. 270). Zu ihnen gehören die bewussten und die unbewussten Anteile der Haltung. Wie Dantlgraber (1989) darlegt, können die unbewussten Anteile der Haltung als eine Stufe der Gegenübertragung aufgefasst werden, solange diese Gegenübertragung dem Analytiker noch nicht bewusst geworden ist. Der bewusste Anteil der psychoanalytischen Haltung soll es dem Patienten erleichtern, eine Übertragungsbeziehung zum Analytiker zu entwickeln, dem Analytiker stellt er eine Grundhaltung bereit, er soll ihm auch ermöglichen, seine unbewusste Gegenübertragung zu entdecken.

Die gewollten Elemente der psychoanalytischen Haltung sind eine Einstellung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit (Freud, 1912, S. 377), Abstinenz und Neutralität, ein Changieren zwischen den Einstellungen der Identifizierung und der Distanzierung oder der Empathie und der Reflexion oder ein »Wechsel der Identifikation« (Dantlgraber, 2000, S. 271), indem der Analytiker sich mal konkordant mit dem Selbst, mal komplementär mit dem Objekt der ursprünglichen Beziehung des Patienten identifiziert. Jedoch sollen die wechselnden Identifikationen nicht intentional eingenommen werden, sondern sich aus der gleichschwebenden Aufmerksamkeit ergeben, die auf Seiten des Analytikers als Gegenstück zur freien Assoziation des Patienten anzusehen ist (Freud, 1912, S. 381).

Freud hatte den Psychoanalytikern ursprünglich eine distanziertere und kühle Einstellung dem Patienten gegenüber empfohlen, die er mit der des Chirurgen verglich, »der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt« (S. 380) mit dem Ziel, die Operation so kunstgerecht wie möglich durchzuführen. Die weitere Entwicklung der Psychoanalyse, insbesondere die zunehmende Nutzung der Gegenübertragung haben jedoch dazu geführt, dass Psycho-

analytiker sich immer weitergehend in Positionen der inneren Welt ihrer Patienten hineinbringen lassen, statt sich auf einer distanzierenden Beobachterposition zu halten. Ihre »Bereitschaft zur Rollenübernahme« (Sandler, 1976) bzw. zum »Mitagieren« (Klüwer, 1983) ermöglicht es ihnen, über die vorübergehende Einnahme einer ihnen zugeschriebenen, aktuell dominierenden Position aus der inneren Welt des Analysanden empathisch-identifikatorisch seinen aktuellen Zustand zu erschließen. Dazu allerdings muss der Analytiker sich sein Erleben bewusst machen, also sich selbst zum Objekt seiner Beobachtung machen. Dieser distanzierende Schritt ist auch die Voraussetzung dafür, dass er eine Deutung formulieren kann.

In unterschiedlichen psychoanalytischen Schulen werden unterschiedliche Elemente der gleichschwebenden Aufmerksamkeit und der identifikatorischen Einlassung auf den Patienten betont. Bion etwa empfiehlt eine möglichst weitgehende Regression des Analytikers in der *Réverie* (Bion, 1970). In der selbstpsychologischen Richtung wird die Bedeutung einer empathischen Parteinahme für den Patienten hervorgehoben (Kohut, 1973). Ferro (2002) beschreibt in seiner Theorie des bipersonalen Feldes eine narrative Transformation des Feldes, seine Technik kann als eine gemeinsame narrative Regression von Analytiker und Analysand bezeichnet werden. Dantlgraber (2000, S. 272 f.) vermutet, dass kleinianische Psychoanalytiker eher projektive Anteile von Patienten sehen und deren Deutung in den Mittelpunkt stellen, während Analytiker aus einer Winnicott nahestehenden Richtung im psychoanalytischen Prozess eine Neuinszenierung sehen und die analytische Beziehung in besonderem Maße beachten.

Gemeinsam ist aber allen psychoanalytischen Denkrichtungen, dass sie die, wenn auch unterschiedlich erreichte, Deutung eines unbewussten Sachverhaltes anstreben. Die Einstellung der Abstinenz besagt nicht nur, dass der Analytiker das Verfolgen eigener Bedürfnisse in der Behandlung unterlässt, sondern auch, dass er andere Interventionen als Deutungen, etwa Ratschläge oder Handlungsaufforderungen, unterlässt.

Auch ist unumstritten unter Psychoanalytikern, dass der Behandler in der Beziehung mit dem Patienten ein Experte ist, nicht ein Experte des materiellen Wissens, aber ein Experte des methodischen Wissens. Neben dieser Ungleichheit gilt als unhintergebar eine zweite Ungleichheit, nämlich die der einseitigen assoziativen Mitteilung von Gedanken und Einfällen durch den Patienten. Dem Psychoanalytiker fällt weitgehend einseitig die Deutungsaufgabe zu.

Vergleich der therapeutischen Haltung in Sozialpsychiatrie und Psychoanalyse

Die therapeutische Haltung ist nicht ohne ihren Bezug zu den jeweiligen Behandlungszielen zu sehen. Diese möchte ich deshalb kurz benennen.

Das wesentliche Ziel der sozialpsychiatrischen Behandlung ist, einem Patienten zu einer Reduktion oder Beseitigung seiner psychiatrischen Symptomatik zu verhelfen und ihm soweit wie möglich seine sozialen Bezüge zu erhalten. Dazu stehen die psychopharmakologisch-psychiatrische Behandlung und die in der Sozialpsychiatrie entwickelten Formen der Behandlung wie die halbstationäre Behandlung, rehabilitative und beschützende Arbeitsbereiche, passagere und anhaltende Formen des betreuten Wohnens sowie Hilfestellungen in der Tagesstrukturierung zur Verfügung. Diese Stufen werden gegebenenfalls sukzessiv in der therapeutischen Kette angeboten. Die Mitarbeiter in sozialpsychiatrischen Behandlungen arbeiten im Team, mancherorts hat ein Teammitglied eine besondere Funktion als Bezugstherapeut. Die jeweiligen Therapeuten, die verschiedenen Berufsgruppen angehören, sehen sich eher als Partner der Patienten, die diese auf praktischer Ebene anleiten, ermuntern und begleiten. Ein Differenz erleben zwischen Experte und Patient soll so gering wie möglich gehalten werden. Private und berufliche Kontakte sind möglich.

Das Ziel der psychoanalytischen Behandlung ist, dem Patienten zu einem Verständnis der unbewussten Bedeutung seiner Symptome und zu der inneren Freiheit zu verhelfen, neue Sicht- und Verhaltensweisen zu erproben. In der psychoanalytischen Behandlung ist der Psychoanalytiker der Experte, er ist die einzige therapeutische Beziehungsperson, er teilt dem Patienten keine persönlichen Dinge mit, private Kontakte finden nicht statt. Die Arbeit fokussiert auf die innere, psychische Welt des Patienten und auf die Beziehung zwischen ihm und dem Psychoanalytiker, der in der Übertragung die Bedeutung signifikanter früherer Objekte erlangt. In der Durcharbeitung der Übertragungsbeziehung ist ein metaphorisches oder symbolisches Verständnis der Beziehung wichtig, das mit Hilfe der Funktion der therapeutischen Ichspaltung (Sterba, 1934) erreicht wird. Die wesentlichen technischen Mittel der psychoanalytischen Behandlung sind die Deutung und die Beziehung (holding, containing, Übertragung), wobei die Deutungsarbeit sich dann, wenn sich eine deutliche Übertragungsbeziehung entwickelt hat, in wesentlichen Teilen auf die Beziehung richtet.

Neben den offensichtlichen Unterschieden des Settings sind also die wesentlichen Unterschiede zwischen einer sozialpsychiatrischen und einer psychoanalytischen Behandlung: Symptomüberwindung, Außenweltbezug mit Orientierung an ihren Realitäten, Entwicklung lebenspraktischer Fertigkeiten, Teamarbeit, Partnerschaftlichkeit ohne strenge professionelle Abgrenzung und gemeinsames praktisches Handeln in der sozialpsychiatrischen Behandlung, Einzelbeziehung, Expertenfunktion, Unterschiedlichkeit, Innenweltbezug mit Orientierung an metaphorischen und symbolischen Bedeutungen, Selbstreflexion und Selbsterkenntnis sowie Deuten als therapeutische Intervention in der psychoanalytischen Behandlung.

Verbunden mit diesen unterschiedlichen therapeutischen Haltungen sind im Erleben der Patienten unterschiedliche Anforderungen an ihre Verzichtleistung in den beiden Behandlungsformen. In der sozialpsychiatrischen Behandlung erfahren sie in wesentlich größerem Maße eine Befriedigung ihrer Bedürfnisse nach Kontakt, Unterstützung, regressiver Nähe und regressivem Denken, in der psychoanalytischen Behandlung müssen sie in stärkerem Maße Distanz und Unterschied ertragen, Einzelleistungen erbringen und über ihre regressiven Wünsche nachdenken, statt ihnen nachzugeben.

Regression als Verlockung – Äquivalenz- und »Als-ob«-Modus

Psychotischen Erkrankungen ist eine Neigung zur Regression auf primärprozesshaftes Denken, zu erhöhter Affektivität und zu unmittelbarer Befriedigung von Bedürfnissen inhärent. Auf dieser psychischen Funktionsstufe steht eine »Als-ob«-Funktion nicht zur Verfügung, eine Funktion, die den lediglich repräsentationalen Charakter von Gedanken und Gefühlen wahrnehmen kann. Sie entwickelt sich beim Kind mit seiner Fähigkeit zur Mentalisierung (Fonagy et al., 2004, S. 258 ff.) und ist ein entscheidender Aspekt der Realitätsprüfung. Sie ermöglicht mehrere und auch unterschiedliche Perspektiven auf ein und denselben Sachverhalt oder Gegenstand. Die Aneignung des »Als-ob«-Modus wird für das Kind erschwert, wenn ein »Spielen mit der Realität« (Fonagy u. Target, 1996, 2000; Target u. Fonagy, 1996) in der affektiven Spiegelung mit einem Erwachsenen für das Kind nicht ausreichend möglich ist.

Das Spiel mit der Realität scheint in unerwarteter Häufigkeit für

Psychotiker in der Kindheit nicht möglich gewesen zu sein, weil ihre Realität nichts Spielerisches besaß, sondern bitterer Ernst war – verschiedene Untersuchungen finden bei der Hälfte oder noch mehr der erwachsenen Psychotiker traumatisierende Kindheitserfahrungen (sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung) in der Vorgeschichte (Schäfer, 2006). Der von misshandelten Kindern irgendwann doch erworbene »Als-ob«-Modus bleibt unvollständig und vor allem weniger stabil als bei Kindern und Erwachsenen mit glücklich verlaufener Kindheit. Leichter als bei Gesunden erfolgt die Umschaltung in einen Äquivalenzmodus, einen psychischen Funktionszustand, der innere, psychische Realität und äußere Realität gleichsetzt. Das führt zu Problemen, wenn Veränderungen in der Außenwelt eine Anpassung der inneren Repräsentanz erfordern. Statt diese zu verändern und der Außenwelt anzupassen, scheint die Wahrnehmung der Außenwelt der inneren Repräsentanz angepasst zu werden. Britton sagt dazu, der Psychotiker glaube, dass »Überzeugung Wissen sei« (zitiert nach Fonagy et al., 2004, S. 265).

In der Behandlung existiert im Äquivalenzmodus kein Bewusstsein davon, dass die Beziehung zum Therapeuten in wesentlichen Teilen virtuellen Charakter besitzt, etwa dass er wie der Vater erlebt wird, aber nicht der Vater ist. Das innere Bild vom Vater und der Therapeut, der als Vater betrachtet wird, werden gleichgesetzt. Segal hat diesen Vorgang als symbolische Gleichsetzung bezeichnet (Segal, 1957). Das Verharren im Äquivalenzmodus ist ein Zustand reduzierter psychischer Arbeit und Anforderung, weil er keine Differenzierungsarbeit zwischen Innen- und Außenwelt und keine Distanzierungsarbeit von den inneren Objekten im Perspektivenwechsel erfordert. Ihn nicht zu verlassen, ist daher in regressiven Zuständen eine Verlockung.

Zwei Fallbeispiele

Patientin 1

Die Patientin war zum Zeitpunkt des Ereignisses, um das es mir hier geht, 25 Jahre alt. Sie befand sich seit etwa fünfeinhalb Jahren bei mir in einer psychoanalytischen Behandlung. Ihren ersten Kontakt mit mir nahm sie kurz nach ihrem 20. Geburtstag auf, als sie sich noch in einer psychoanalytisch ausgerichteten auswärtigen Klinik befand.

Mit 14 bis 15 Jahren hatte sie begonnen, regelmäßig Haschisch zu rauchen, an den Wochenenden hatte sie auch andere Drogen wie LSD,

Ecstasy, Crack und Speed genommen, also vornehmlich Halluzinogene und Aufputzmittel. Sie selbst gab als Grund dafür an, sie habe in den Drogen und in ihrem ständigen Drang nach Partys und Diskothekenbesuchen einen Halt gesucht. Später erfuhr ich, dass sie schon als Kind an nächtlichen Angstzuständen und von der Pubertät an zusätzlich an Derealisationsempfindungen gelitten hatte, zum Beispiel hatte sie wahrgenommen, dass Gegenstände in ihrem Zimmer in den Abendstunden die Gestalt verändert und bedrohliche Formen angenommen hatten. Der Selbstbehandlungsversuch mit Drogen blieb erfolglos, mit 16 bis 17 Jahren traten paranoide Symptome und Ich-Störungen auf, sie fühlte sich beobachtet, war überzeugt, dass schlecht über sie geredet werde. Wenn sie las, hörte sie die vorlesende Stimme ihrer Mutter, ohne klar lokalisieren zu können, ob sie in ihrem Kopf war oder von außen kam. Sie wusste nicht mehr, wie ihre eigene Stimme klang, weil sie empfand, die der Mutter auf einem unklaren Wege übernommen zu haben. Es traten jetzt manchmal panikartige Angstzustände auf, in denen sie sich völlig erstarrt fühlte.

In ihren sozialen Kontakten war sie äußerst wechselhaft. Ihre Stimmung konnte von strahlender Freundlichkeit und Zuwendung plötzlich umschlagen in eine lärmende Aggressivität oder eine jammernde Weinerlichkeit. Am liebsten bewegte sie sich in kleineren Gruppen, forderte hier Anerkennung, Aufmerksamkeit und Bewunderung, wollte unbedingt im Mittelpunkt stehen. Wenn sich nicht alle auf sie ausrichteten, konnte sie sie anfahren und sich darüber empören, dass jemand ihr ins Wort gefallen war oder sich mit einer anderen Person der Gruppe unterhalten hatte.

So provokant und fordernd sie in einer Gruppe von Altersgenossen sein konnte, so unsicher, ängstlich und abhängig wurde sie in einer Zweierbeziehung. Sie hatte sehr schnell das Gefühl, sich selbst zu verlieren und keine eigene Meinung zu haben, fühlte sich vom Wohlwollen der anderen Person extrem abhängig. Bei einem Streit etwa geriet sie innerlich völlig durcheinander, hielt sich für absolut schlecht, hatte das Gefühl, dem Gegenüber nichts entgegensetzen zu können. Wenn jemand sie im Streit verließ, »drehte« sie »durch«, so ihre Formulierung. Sie wurde extrem wütend und traurig, wollte die andere Person nie wieder sehen, hielt sich aber im nächsten Moment für richtig schlecht, fühlte sich bedroht und geriet im Alleinsein in eine unerträgliche Angst.

Von anderen hörte sie, sie sei so egozentrisch. Sie selbst betrachtete ihren Charakter als unrund – verschiedene Eigenschaften passten

nicht zusammen. So sei sie einerseits sehr hilfsbereit, könne Menschen umwerben und für sich gewinnen, andererseits könne sie Menschen auch ganz plötzlich und unvermittelt fallen lassen.

Trotz der Ängste, des Drogenkonsums und ihrer süchtigen Suche nach Anerkennung und Aufmerksamkeit konnte sie erfolgreich die Realschule beenden. Sie begann mit 17 Jahren eine Banklehre, aber zu den bisherigen Symptomen traten innerhalb eines halben Jahres Beziehungsideen hinzu – dass alle Dinge und Ereignisse um sie herum wie Bücher, Fernsehen, Radio, Sonne, Blumen, Gespräche anderer, Begrüßungen anderer eine auf sie weisende Bedeutung hätten; die Überzeugung, Gegenstand von Beobachtungen und Gesprächen zu sein, verfestigte sich, Bedrohungsgefühl und Angst wuchsen, sie wurde immer ruheloser, nahezu schlaflos, konnte ein Alleinsein gar nicht mehr ertragen und kam schließlich fast genau an ihrem 18. Geburtstag in die psychiatrische Klinik.

Dort lernte sie einen Mann kennen, den sie den Gedankenleser nannte. Der schaute sie lange und intensiv an, sie war überzeugt, er habe alle ihre Gedanken gelesen. In einer weitgehend schlaflosen Nacht erlebte sie einen telepathischen Kontakt mit ihm, hatte seine Stimme in ihrem Kopf. Sie floh nach einer Woche vor ihm und allen anderen Bedrohungen aus der Klinik nach Lanzarote, kündigte vor dem Abflug noch schnell ihre Lehrstelle bei der Bank. Auf Lanzarote fand sie einen Mann, der dort sehr abgelegen anscheinend als Aussteiger lebte, blieb einige Zeit bei ihm, war ständig erfüllt von Angst, schlief kaum zwei Stunden in der Nacht und beobachtete ihn immer im Schlaf. Erschöpft und heruntergekommen kehrte sie nach einigen Monaten zurück, sie trat erneut in die psychiatrische Klinik ein. In den nächsten zwei Jahren gab es noch einen weiteren psychiatrischen Klinikaufenthalt, eine halbjährige tagesklinische Behandlung und schließlich eine viermonatige Behandlung in einem psychotherapeutisch auch mit psychotischen Patienten arbeitenden, psychoanalytisch orientierten Krankenhaus. Von dort aus nahm sie den Kontakt mit mir auf.

Bei unserem ersten Gespräch befand sie sich noch im Krankenhaus, bei unserem zweiten einige Wochen später war sie gerade entlassen worden. In diesen beiden Gesprächen konnte ich zwei Seiten von ihr kennen lernen. Im ersten war sie freundlich, charmant, selbstreflektiert, mit überraschenden Einsichten; ich war sehr angetan von ihr und erklärte meine Bereitschaft zu einer Behandlung nach ihrer Entlassung. Im zweiten war sie von einer wechselhaften Stimmung, anfangs wieder sehr freundlich, dann fordernd, und wollte Ergotherapie

und Bewegungstherapie von mir verordnet haben. Als ich das hinterfragte, geriet sie in Empörung, warf mir vor, ich verstehe nicht, was sie brauche; dann könne sie sich eine Behandlung bei mir auch gleich schenken. Sie habe auch keine Lust, über ihren Vater oder seinen Sohn aus erster Ehe zu sprechen, das habe sie alles schon so oft erzählt. Sie blieb gereizt und vorwurfsvoll. Ich fühlte mich zu etwas gedrängt, unter Druck gesetzt, funktionalisiert als ein Verordner, der nicht einmal überprüfen durfte, was er verordnen sollte.

Ich war verärgert und entdeckte den Wunsch in mir, die Patientin möge in ihrer ärgerlichen Gereiztheit den Entschluss fassen, zu einem anderen Arzt zu gehen. Meine vorausgreifenden Phantasien von einer Behandlung mit ihr zeigten Bilder von Vorwürfen, Enttäuschungen, Theater, Aufmerksamkeitserzwingungen, ich fürchtete Zeiten der Unruhe und Störung in meiner Praxis, wenn sie in psychotischen Zuständen zehnmal am Tag anriefe oder unangemeldet vor der Tür stünde. Natürlich hatte ich auch die Überlegung, dass diese Verhaltensweisen jetzt, nach der Klinikentlassung, eine Demonstration ihrer Unabhängigkeit von mir sein sollten, wo sie sich doch real ganz auf mich angewiesen fühlte, dass sie gleichzeitig angesichts dieser Abhängigkeit prüfen wollte, wie belastbar meine Behandlungszusage aus dem ersten Gespräch war, das heißt, wie verlässlich ich war. Ich fühlte mich tatsächlich an meine Zusage gebunden.

Das Erlebnis, nicht willkommen zu sein, war das große narzisstische Trauma der Patientin. Ihre Mutter war bei ihrer Geburt unverheiratet, sie war mit einem Mann liiert, der aber nicht der Vater der Patientin war. Der Vater war geschieden, er war mit einer anderen Frau verlobt, mit der er einen Sohn hatte, der zwei Jahre eher als die Patientin geboren worden war. Die Patientin wurde somit in eine Konstellation hineingeboren, in der weder Mutter noch Vater noch der Freund der Mutter sie wirklich haben wollten. Dieser Freund verließ die Mutter wenige Monate nach der Geburt der Patientin, jetzt kamen Mutter und Vater zusammen, lebten etwa für ein Jahr in einer gemeinsamen Wohnung, ohne vorher eine längere Zeit der Bekanntschaft und Beziehung gehabt zu haben. Da es nicht gut ging, zog die Mutter mit der Patientin bald wieder in eine eigene Wohnung. Manchmal besuchten sie den Vater, der der Patientin aber fremd blieb und Angst einflößte. Sie hatte aber auch Angst im Zusammenleben mit der Mutter. Die ließ sie häufiger abends allein, indem sie wegging, wenn die Patientin eingeschlafen war. Die Patientin erinnert sich, an einem Abend aufgewacht zu sein, Angst gehabt zu haben, die Mutter nicht gefunden

zu haben, weinend die Nachbarn im Haus aufgesucht und bei ihnen auf die Mutter gewartet zu haben. In dieser Zeit begannen ihre nächtlichen Ängste, die Angst vor dem Verlassensein und die Angst vor der Dunkelheit. Als sie etwa fünf Jahre alt war, versuchten die Eltern erneut ein Zusammenleben, sie heirateten sogar. Nach zwei Jahren war es erneut gescheitert, die Mutter zog wieder mit der Tochter aus. Jetzt besuchte die Patientin den Vater noch gelegentlich alleine, indem die Mutter sie zu ihm fuhr, sie vor seiner Haustür absetzte und selbst sofort weiterfuhr. Verschiedene Male erlebte sie, dass der Vater nicht zu Hause war oder ihr Klingeln nicht hörte. Sie wartete öfter stundenlang vor seiner Tür.

Die Abwesenheiten der Mutter, das Absetzen durch sie beim Vater, ihr sofortiges Verschwinden, das stundenlange Warten vor des Vaters Haustür schufen bei ihr den Eindruck, bei beiden Eltern nicht erwünscht zu sein. Diese relativ späten Erlebnisse aus einer schon erinnerungsfähigen Zeit sind allerdings nach einigen Hinweisen in der Behandlung Deckerinnerungen, hinter denen sich gravierendere Erlebnisse der Ablehnung und Vernachlässigung verbargen aus einer Zeit, die noch nicht bild- und symbolhaft, sondern nur als Affekt- und Emotionszustände in der inneren Welt der Patientin repräsentiert waren. Sie bildete in dieser Zeit Objektrepräsentanzen, die ablehnend, desinteressiert und vernachlässigend waren, unzuverlässig präsent und damit wenig hilfreich bei der Bewältigung von Ängsten, die vor allem aus Verlassenheitssituationen entstehen. Die Patientin versuchte bereits als kleines Kind, die Anwesenheit und Aufmerksamkeit der Mutter mit Ängsten, Unruhe, ständigen Aktionen und einem anklammernden Verhalten zu erzwingen, zu anderen Zeiten warb sie mit strahlendem Kindercharme um die Mutter und war dabei offenbar erfolgreich – glückliche Momente für sie. Sie hatte daraus die Selbstrepräsentanz einer gewinnenden und charmanten jungen Frau entwickelt, unterstützt wohl auch durch die Identifikation mit der Mutter ihrer Kindheit, die sie als gut aussehend, lebensfroh, gewinnend und gut beschrieb. Sie konnte sich diesen direkten, naiven und manchmal auch etwas unverschämten Charme bis zur Adoleszenz, als ich sie kennen lernte, erhalten, aber er brach schnell zusammen. Dann trat die unsichere, selbstverurteilende, ängstliche, verzweifelte Seite hervor, die einer anderen Selbstrepräsentanz entsprach, nämlich der des unwillkommenen, vernachlässigten, alleingelassenen, fordernden, sich für unersättlich und für böse haltenden Kindes, das immer neue Vernachlässigungen und Abweisungen fürchtete. Darum wollte es seine

Objekte zwingen, kontrollieren und zugleich so missachtend behandeln, wie es selbst behandelt worden war. Beide Seiten hatte ich in der Behandlung bereits in den kontrastreichen ersten zwei Gesprächen erlebt und erlebte sie in allmählich sich abschwächenden Ausprägungen während der gesamten nachfolgenden Behandlung.

Die traumatische Erfahrung dieser Patientin war das Erleben von vernachlässigenden frühen Objektbeziehungen. Nach all meinen Kenntnissen ist sie nie aktiv misshandelt worden, aber sie hat schwer erträgliche Zeiten des Desinteresses erlebt, am ausgeprägtesten vermutlich in ihren ersten Lebensmonaten. Die auf diesen und den nachfolgenden Erfahrungen aufgebauten Objektrepräsentanzen weisen ein so hohes Maß an Desinteresse auf, von der Patientin unbewusst völlig zu Recht als Ablehnung empfunden, dass sie ernsthaft an ihrem Recht zum Leben zweifelte. Ich rekonstruierte in einem späten Abschnitt der Behandlung, dass sie in den ersten Lebensmonaten Empfindungen der völligen Kälte, Leere und Verlassenheit erlebt hat, die ein Erwachsener als todesähnlich bezeichnen würde. Sie berichtete nach einer Urlaubsunterbrechung völlig klar den Wunsch, tot zu sein, um nichts zu fühlen. Dabei gab es nicht einmal ein sie quälendes Gefühl, sondern nur eine Leere, ein Fehlen von Gefühlen, eine innere Leblosigkeit. Sie war an einem Wochenende nach einem allein eingenommenen Mahl in einem chinesischen Restaurant, dessen Speisen sie liebte, mit dem Zug in eine kleine Stadt vor den Toren ihrer Heimatstadt gefahren, um sich dort vom ICE überfahren zu lassen. Unerwartet hatte aber der Bahnhof dieser Stadt nicht nur zwei, sondern sechs Gleise aufgewiesen, sodass sie nicht wusste, auf welchem der ICE passieren würde. Sie gab ihr Vorhaben auf und fuhr zurück. Allerdings blieb der Todeswunsch bestehen. Als sie von dieser Episode sprach, erlebte ich keinen Schrecken, sondern Kälte, Ferne, Isolierung und eine kalte Wut, eine Gefühlsmischung, die der Patientin bei ihrem Eintritt ins Leben entgegengebracht worden sein könnte. Solche Gefühle für ein Kleinkind sind keine aktive Misshandlung, aber aus meiner Sicht eine passive Misshandlung, die unüberwindbare Zweifel an dem Willkommensein in der Welt säen. Ich glaube, dass ich Gefühle empfand, die in den ersten Lebensmonaten der Patientin auch ihre Eltern empfunden hatten. Mein Urlaub hatte ihr tiefes und sehr frühes Gefühl der ersten Lebensmonate belebt, unwillkommen und eigentlich verlassen in der Welt zu sein. Dem entsprach ihr Todeswunsch. Ihre Übertragung auf mich differenzierte wohl nicht zwischen Vater und Mutter.

In den auf die Mitteilung des Todeswunsches folgenden Wochen

sprach sie immer wieder von ihrer Angst vor der Abschlussprüfung in der jetzigen Ausbildung. Die Prüfung sollte in einem halben Jahr sein. Immer drängender verlangte sie von mir ein Attest, das sie für eine Zeit von der Ausbildung und von der Prüfung befreite, die sie jetzt um ein Jahr verschieben wollte mit der Begründung, dann bessere Noten erreichen zu können. Sie hatte schon mit der Ausbildungsleitung gesprochen, dort erschien der Wunsch als absurd, weil sie in der Ausbildungsgruppe eine der Besten war. Ich versuchte mit ihr ein Verständnis ihres Wunsches nach Aufschub der Prüfung zu erarbeiten, etwa ihre Angst vor der größeren Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit, vor der befürchteten Ablösung von mir oder der narzisstischen Kränkung eines Prüfungsversagens. Gleichzeitig vertrat ich die Fortsetzung der Ausbildung, weil sie bisher jede Ausbildung vorzeitig abgebrochen hatte und weil ich fürchtete, dass die Unterbrechung auch die Beendigung bedeutete und der Wegfall der recht guten sozialen Kontakte in der Ausbildungsgruppe ein tiefes Erleben von Verlassenheit hervorrufen würde, das ich in der Behandlung nicht ausgleichen könnte.

Sie blieb aber bei dem Wunsch nach der Ausbildungsunterbrechung. In den Sitzungen war sie vordergründig freundlich, wurde aber oft plötzlich weinerlich und vorwurfsvoll, sie drückte ihre Enttäuschung über das ausbleibende Attest aus. Wiederholt sprach sie von den Todeswünschen. Die Verordnung eines Antidepressivums brachte keine Besserung. Da ich nach ihrer Fahrt auf den Kleinstadtbahnhof in einer ständigen Sorge um sie war, besprach ich schließlich einen stationären psychiatrischen Aufenthalt mit ihr, den sie aber ablehnte. Wir einigten uns als Kompromiss auf eine tagesklinische Behandlung, für die sich auch eine Möglichkeit in einem nahe ihrer Wohnung gelegenen Behandlungszentrum fand. Dort blieb sie drei Monate in Behandlung. In einigen Telefonaten in dieser Zeit äußerte sie ihre Zufriedenheit mit der dortigen Behandlung; die versorgenden Anteile wie das gemeinsame Frühstück und die vorbereiteten therapeutischen Gruppenaktivitäten sagten ihr sehr zu.

Wenige Tage nach der Entlassung suchte sie mich wieder auf. Sie erzählte voll Begeisterung von der tagesklinischen Behandlung. Insbesondere war sie von dem täglichen Umgang mit den Mitarbeitern der Tagesklinik und den gemeinsamen Aktivitäten angetan. Die seien ihr viel näher gewesen als ich. Auch jetzt, nach der Entlassung, könne sie jederzeit dort hinkommen, wenn sie es noch einmal brauche, auch die Ärztin habe Zeit für sie. Mir warf sie vor, ich hätte sie zu spät in die

Klinik eingewiesen. Ich müsse zugeben, dass ich einen Fehler gemacht hätte. Nur mühsam war mit ihr die Erinnerung daran wiederherzustellen, dass sie sich gegen eine vorgeschlagene stationäre psychiatrische Behandlung gestäubt hatte und auch die tagesklinische Behandlung nur widerwillig eingegangen war. Nach wenigen Minuten schien sie diese Erinnerung wieder verloren zu haben. Sie beschimpfte und attackierte mich erneut, erklärte, sie wisse nicht, ob sie bei mir an der rechten Stelle sei mit der Behandlung, am liebsten bliebe sie in der Betreuung der Tagesklinik bzw. des Behandlungszentrums. Ich sagte ihr, es sei ihre Freiheit zu entscheiden, wo sie behandelt werden wolle. Ich hätte ihr in den zurückliegenden drei Monaten den Behandlungsplatz freigehalten und sie könne die Behandlung bei mir fortsetzen. Wenn sie sich aber zurzeit nicht entscheiden könne oder wenn sie das Gefühl habe, gegenwärtig nicht ausreichend willkommen zu sein bei mir, wie früher manchmal bei ihrem Vater, dann könne sie darüber mit ihrer Ärztin aus der Tagesklinik beraten und mir Bescheid geben, wie sie fortfahren wolle. So trennten wir uns. Zum nächsten Termin eine Woche später erschien sie nicht. Nach wenigen Tagen sprach sie mir auf den Anrufbeantworter, sie wolle die Behandlung im Behandlungszentrum fortsetzen.

Ich verstand die Abläufe der letzten Monate so, dass sie bereits meinen Urlaub etwa ein halbes Jahr zuvor als eine ernste Vernachlässigung und unausgesprochene Ablehnung aufgefasst hatte, die sie in ihrem Unbewussten erinnert hatten an die Erlebnisse der Ablehnung und Vernachlässigung während ihres Säuglingsalters. In ihren Todeswünschen hatte sie sich die passageren frühen Wünsche ihrer Eltern, dieses Kind nicht haben zu wollen, zu eigen gemacht und im Suizid unter dem ICE zu verwirklichen gesucht. Sie hatte damit versucht ihren narzisstischen Basiskonflikt in eine Handlung zu verwandeln. Meine Weigerung, ihr das schulbefreiende Attest auszustellen, hatte sie erneut wie die Verweigerung von elterlicher Fürsorge erlebt, die Einweisung in die tagesklinische Behandlung wie ein ablehnendes Wegschicken. Die andere Seite – meine Sorge um ihre Ausbildung, ihre Gesundheit, ihr Leben – hatte sie nicht mehr wahrnehmen können, weil sie in einer regressiven Verfassung beherrscht war von der Überzeugung, von mir genauso behandelt zu werden wie von ihren abweisenden und vernachlässigenden inneren Objekten. In der tagesklinischen Behandlung wurden ihre passiven und regressiven Wünsche weitergehend als bei mir befriedigt. Im ersten Termin bei mir nach der Entlassung erlebte sie mein distanzierteres, Verstehen forderndes Verhalten als viel

weniger befriedigend als das des Personals der Tagesklinik. Sie empfand bei mir vor allem Aspekte eines Objektes, das sie weggeschickt hatte in die Klinik sowie ihren damaligen geheimen Wunsch nach intensiver Betreuung und ihren jetzigen drängenden Wunsch eines Fehlereingeständnisses nicht erfüllt hatte. Eine andere Perspektive konnte sie nicht einnehmen, nicht anerkennen, dass die Klinikeinweisung ihrem Wohl durch Suizidverhinderung gedient hatte. Sie war damit völlig gefangen in ihrer Sicht, vernachlässigt und abgewiesen zu werden, behandelte mich ihrem abweisenden väterlichen Introjekt äquivalent und konnte sich nicht durchringen zu einer Sicht, dass sie mich erlebe, »als ob« ich sie abwies. Sie zeigte eine Form des Konkretismus.

Meine Erwartung, dass sie mit Hilfe eines Reflexionsschrittes ihr aktuelles Erleben der Beziehung zu mir nicht als materiell wahr, sondern als aus ihrer inneren, psychischen Realität entworfen erkennen könne, war für sie die Bestätigung der Vernachlässigung – ich erwartete eine psychische Leistung von ihr, nämlich die der Symbolisierung, statt mich von ihr als Objekt für ihre unmittelbare Wunscherfüllung, innere und äußere Realität nicht zu differenzieren, gebrauchen zu lassen. Zwischen der Tagesklinik und mir spaltete sie: Die Tagesklinik war bedürfnisbefriedigend und gut, ich war vorenthaltend und böse. Durch die Spaltung auf die zwei therapeutischen Instanzen wurde ihr der Perspektivenwechsel und die Anerkennung des auch Guten in meinem Handeln erschwert, zumal sie in der Tagesklinik reale Befriedigungen für ihre Bedürfnisse nach Kontakt, Versorgung, Verwöhnung erhielt.

Patient 2

Ein 45-jähriger Mann, der im Alter von 24 Jahren in den ersten Wochen seines eben begonnenen Studiums an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie erkrankt war, steht seit vier Jahren bei mir in Behandlung. Auf den vor 21 Jahren notwendigen ersten Klinikaufenthalt folgten in den nächsten vier Jahren drei weitere. Seit seinem 28. Lebensjahr wurde er nur noch ambulant behandelt. Etwa mit 33 Jahren begann er eine handwerkliche Ausbildung, die er erfolgreich abschloss. Seit etwa sechs Jahren arbeitet er in einem sehr kleinen Ein-Mann-Betrieb selbstständig. Er lebt seit zwei bis drei Jahren mit seiner Freundin zusammen und steht nicht nur bei mir, sondern auch bei einem anderen Nervenarzt in Behandlung, der die medikamentöse Behandlung wahrnimmt.

Er hatte sich im Alter von 41 Jahren an mich gewandt und berichtet, er sei extrem misstrauisch seiner Freundin gegenüber und denke, sie

könne ihn betrügen. Dabei wisse er, dass sie es nicht tue. Aber wenn er allein sei, denke er, sie sei mit einem anderen Mann zusammen. Wenn er vor ihrem Haus stehe, leide er an der Vorstellung, sie liege mit einem anderen Mann im Bett.

Ferner höre er manchmal, wenn er alleine sei, Stimmen. Sie sagten etwas zu seiner Atmung, etwa, er müsse anders atmen oder »atme doch« oder »jetzt kommt er«, was sexuell gemeint sei. Oder sie sagten über seine Freundin »sie liebt dich doch«. Manchmal kritisierten sie ihn auch, verurteilten ihn oder kommentierten abfällig, was er tue. Manchmal sei er traurig und verzweifelt über sein Misstrauen und seine Empfindlichkeit. Die Stimmen höre er immer wieder seit 21 Jahren.

Er war in der Familie unter vier Kindern das »schwarze Schaf« gewesen, hatte sich insbesondere von der Mutter abgelehnt gefühlt. Dieses Gefühl bestand bewusst seit dem Alter von 3 bis 4 Jahren, als er die Aufmerksamkeit der Mutter durch ein provokantes und eigenwilliges Verhalten auf sich zu ziehen gesucht hatte. Sie hatte aber nur ablehnend und disziplinarisch reagiert. Das war besonders bitter, weil er wohl auch versucht hatte, mit seinem Verhalten der Mutter ödipal-erotische Angebote zu machen – der Vater zog damals für ein halbes Jahr wegen der Beziehung zu einer anderen Frau aus. Die Abweisung durch die Mutter, die Rückkehr des Vaters und die Geburt eines Versöhnungskindes, des jüngeren Bruders, als der Patient 5 Jahre alt war, überzeugten ihn, die Mutter nie für sich gewinnen zu können, ja, eigentlich von einer Frau nicht geliebt werden zu können. Offenbar war aber diese ödipale Enttäuschung ein Verdichtungsereignis, ein aus mehreren, auch unbewussten Quellen affektiv aufgeladenes, schon bei seinem Eintritt bedeutungsvolles Ereignis, wie ich es in der Abgrenzung von der Deckerinnerung, die eine nachträgliche Bedeutungsgebung erfährt, definiert habe (Bruns, 1996, S. 151).

Eine andere Quelle seines unglücklichen Verhältnisses zur Mutter lag in ihrer kühlen, schwer erreichbaren, wenig gebenden Art, durch die er einen ständigen Mangel an Emotionalität und Wärme im Verhältnis mit ihr empfand, was bis heute so geblieben ist.

Obwohl auch dieser Patient aus seiner unerfüllten Beziehung zur Mutter starke regressive Wünsche nach passiver Verwöhnung und Versorgung in sich trägt, ist bei ihm eine regressive Arretierung bisher ausgeblieben. In der Behandlung zeigen sich seine passiv-regressiven Wünsche zum Beispiel in der Erwartung, dass ich ihn frage, ihm etwas erzähle sowie ihm die Initiative des Sprechens und der Themenauswahl abnehme. Dass ich es nicht tue, hat wiederholt Enttäuschungen