

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.)

Gegenübertragung – Arbeitsprozesse in der psychoanalytischen Psychosentherapie

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOSENTHERAPIE | BAND 21

Vandenhoeck & Ruprecht

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.):
Gegenübertragung – Arbeitsprozesse in der psychoanalytischen Psychotherapie

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 21: Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.)
Gegenübertragung – Arbeitsprozesse
in der psychoanalytischen Psychosentherapie

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.):
Gegenübertragung – Arbeitsprozesse in der psychoanalytischen Psychosentherapie

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.)

Gegenübertragung – Arbeitsprozesse in der psychoanalytischen Psychosentherapie

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 978-3-525-45122-9

© 2009, 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

■ THEORIE-FORUM

Stavros Mentzos
Besonderheiten des therapeutischen Umgangs mit schizophrenen
Patienten. Der mögliche Beitrag der Mentalisierungstheorie 10

Michael Putzke
Gegenübertragung im stationären psychiatrischen Alltag 21

■ KLINISCHES FORUM

Christian Maier
Unter die Haut. Zur Psychoanalyse des Dermatozoenwahns 39

Alois Münch
Sexuelle Orientierung und Identität 56

Elisabeth Troje
Die Veränderung der Übertragung und Gegenübertragung,
wenn der Patient im Verlauf der Therapie seine erste sexuelle
Erfahrung macht und seine erste Liebe zu einer Partnerin wagt.
Einführung 77

Alois Münch

Kommentar zur Falldarstellung von Elisabeth Troje 84

Hildegard Wollenweber

Kommentar zur Falldarstellung von Elisabeth Troje 89

■ INFORMATIONEN

Elmar Kraus

Rezension 95

Rezensionsvorschläge 109

Manuskripte 110

Themen geplanter Bände 111

Die Autorinnen und Autoren 112

Editorial

Die psychoanalytische Behandlung findet dem allgemeinen Verständnis nach im Rahmen eines festgelegten Settings nach bestimmten, vom Analytiker ebenso wie vom Analysanden einzuhaltenden Regeln statt. Wer aber mit sogenannten früh oder schwer oder psychotisch gestörten Patienten psychoanalytisch versucht zu arbeiten, der wird sich immer wieder herausgefordert, veranlasst oder gar genötigt fühlen, von diesem vertrauten Regelwerk abzuweichen, weil sich ihm der Eindruck aufdrängt, dass dieses den gegebenen strukturellen Voraussetzungen solcher Patienten nicht zu entsprechen scheint. Sicher gibt es auch therapeutische Ansätze, die den Versuch machen, auch bei psychotischen Patienten ein »klassisches«, parameterfreies Prozedere beizubehalten. Hier ist vor allem an die frühen kleinianischen Versuche der Psychosentherapie zu denken. Aber bei den neueren, postkleinianischen Autoren werden doch auch Modifikationen der Behandlungspraxis, z. B. in Bezug auf das Sitzen oder Liegen und auf Deutungsverfahren, so bei Rosenfeld und Steiner, erkennbar. Im Rahmen der Diskussion um solche Modifikationen in der Behandlungspraxis spricht man von der Notwendigkeit der Einführung sogenannter Parameter. Es werden bewusst gewisse Veränderungen in der therapeutischen Vorgehensweise vorgenommen, die sich an den psychischen Gegebenheiten der Patienten orientieren. Dabei wird insbesondere dem Phänomen Rechnung getragen, dass es in der Behandlung solcher Patienten zu einer Veränderung der Balance und Bedeutung von einer vorwiegend verbalen und reflexiven Kommunikation zu einem eher auch präverbalen, durch Inszenierungen bestimmten Handlungsdialog kommt. Mit dieser Infragestellung der üblichen Rahmenbedingungen, des Regelwerks durch die innere Dynamik des Patienten geht aber nicht selten eine erhebliche, krisenhafte Irritation

und Verunsicherung des Therapeuten einher. Das kann dazu führen, dass er die Arbeit mit solchen Patienten ablehnt. Oder er beginnt zu schwanken zwischen der Ergreifung pädagogischer Maßnahmen, was er als eine Aufgabe seiner analytischen Haltung erlebt und ihn mit seinem analytischen Über-Ich in Konflikte bringen kann, und einem rigiden Festhalten an den Regeln und ihrem krampfhaften Einhalten. Das Kunststück besteht aber bei solchen Behandlungen darin, dass der Analytiker eine flexible, reflexive, dritte Position einnehmen und oft erst im therapeutischen Prozess finden und aufrechterhalten muss, die den Bedürfnissen und Gegenebenheiten des Patienten Rechnung trägt und die den Patienten weder unter- noch überfordert und ihm schließlich ein beziehungs-basiertes Verständnis der Funktion seiner irritierenden Symptome und elementaren Dilemmata ermöglicht.

Der vorliegende Band 21 des *Forum der psychoanalytischen Psychotherapie* will den Leser in der Hauptsache anhand einiger klinischer Falldarstellungen aus dem Bereich der ambulant durchgeführten Psychotherapien und Behandlungserfahrungen aus dem stationären psychiatrischen Alltag mit den oft schwierigen und kritisch für den Analysanden wie für den Analytiker verlaufenden Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Arbeits- und Beziehungsprozessen vertraut machen. Dabei werden im Einzelnen durchaus unterschiedliche Wege und Versuche dargestellt, einen benignen therapeutischen Prozess zu initiieren und zu installieren. Dieser Band versteht sich so in erster Linie als ein reflexiver Bericht über die inner- und intersubjektiven seelischen Arbeitsprozesse aus der Werkstatt der analytischen Psychotherapie.

Im einleitenden Beitrag knüpft Stavros Mentzos an seine klinischen Erfahrungen an, die er mit seiner Gruppe von Mitarbeitern im Frankfurter Psychoseprojekt machte, als sie begannen, psychotische Patienten psychoanalytisch zu behandeln. Zudem stellt er sich die Frage, inwiefern die Mentalisierungstheorie einen Beitrag zum Verständnis und zur Therapie der Psychosen leistet.

Michael Putzke fragt, ob der Gegenübertragungsbegriff als Instrument zum Verständnis und Zugang zum akut psychotisch erkrankten Menschen im stationären psychiatrischen Alltag geeignet ist und inwiefern nicht eher Mentalisierungs- und Symbolisierungsprozesse betrachtet und gefördert werden sollten. Ausgehend von seinen klinischen Erfahrungen rekurriert er dabei zum Verständnis derselben auf die Theorien von Bion, Segal, Stern, Mitchell und Neri und diskutiert deren Brauchbarkeit und Nützlichkeit für eine gelingende

Bewältigung der oft komplexen, malignen und verwirrenden Behandlungsdynamik, die sich für das psychiatrische Team ergibt.

Dem folgen im Weiteren Kasuistiken aus der ambulanten analytischen Psychotherapie. Christian Maier gibt eine lebendige Darstellung der Psychoanalyse eines Dermatozoenwahns. Bei diesem Krankheitsbild ist der Patient davon überzeugt, dass seine Haut von Parasiten befallen ist, und dies geht so weit, dass der Patient diese auch zu sehen meint. Maier beschreibt den wechselvollen und schwierigen therapeutischen Prozess mit seinen verschiedenen – für den Patienten wie für den Analytiker – kritischen Situationen und gibt so ein eindrückliches Bild einer letztlich doch gut ausgehenden therapeutischen Arbeit.

Alois Münch stellt unter dem Titel »Sexuelle Orientierung und Identität« eine Kasuistik zur Diskussion, in der es ihm darum geht, zum einen gewisse Besonderheiten, Handicaps, Irritationen und Wirrnisse bei der Behandlung eines psychotischen Patienten deutlich zu machen und Wege der Handhabung vorzustellen, die er in diesem Fall gefunden und erprobt hat, zum anderen möchte er die Funktion des hier vorliegenden sexuellen Problems und das mit dem Patienten erarbeitete Verständnis davon zur Diskussion stellen. Der Bericht gibt einen anschaulichen Einblick in die Arbeitsprozesse und Verständigungsversuche des Analytikers mit seinem Analysanden.

Elisabeth Troje liefert eine kürzere Fallvignette, die die Arbeit der Analytikerin mit einem psychotischen Patienten zeigt. Dabei fokussiert sie insbesondere auf die Veränderung der Übertragung und Gegenübertragung, die sich im Verlauf der Therapie einstellt, wenn der Patient Erfahrungen in der Liebe und Sexualität macht. Zu dieser Fallvignette, die auf einer Arbeitstagung des Frankfurter Psychose-Projekts von ihr vorgetragen wurde, haben Alois Münch und Hildegard Wollenweber jeweils einen Kommentar verfasst, in dem sie ihre Auffassung des therapeutischen Geschehens ausführen. Der Leser kann so an einem Diskussions- und Verständigungsprozess teilnehmen.

Last, but not least folgt ein Buch-Essay von Elmar Kraus, der sich darin mit einer Arbeit von Margret Little beschäftigt, in der diese ihre eigenen Analysen, insbesondere auch die bei Winnicott, darstellt. Kraus untersucht Littles Buch auch unter dem Aspekt, inwiefern die dargestellte Behandlungspraxis aktuellen Einsichten in der Psychosentherapie gerecht wird, und kommt dabei zu interessanten Ergebnissen, die Anstoß zu weitergehenden Überlegungen sein können.

Stavros Mentzos
Alois Münch

■ THEORIE-FORUM

Stavros Mentzos

Besonderheiten des therapeutischen Umgangs mit schizophrenen Patienten

Der mögliche Beitrag der Mentalisierungstheorie

Als wir, ich und meine Mitarbeiter, in der Psychotherapeutischen Abteilung der Universitätsklinik in Frankfurt am Main in den 1980er Jahren begannen, uns mit der Psychotherapie von schizophrenen Psychosen zu beschäftigen, waren wir oft etwas ratlos, sobald die Frage auftauchte, was eigentlich in einer solchen Therapie stattfindet. Die meisten von uns waren Psychoanalytiker oder angehende Psychoanalytiker und neigten bei ihren Behandlungen dazu, das anzuwenden, was sie sonst in ihrer Ausbildung über die psychoanalytische Technik gelernt hatten. Wir merkten jedoch, dass wir veranlasst wurden, mehr intuitiv als aufgrund klarer und rationaler Überlegungen sowohl unsere Interventionen als auch unsere Gesamthaltung dem Patienten gegenüber zu verändern, um irgendwie der entstehenden therapeutischen Situation und den Patienten gerecht zu werden. Manche von uns stellten auch in unseren Konferenzen provokativ die Frage: Was ist das überhaupt für eine Therapie, bei der man als Therapeut zwar interessiert ist, das, was verbal oder auch nonverbal sich entwickelt, zu verfolgen, aber dennoch relativ selten interveniert und dann meistens nicht etwa, um zu konfrontieren oder zu deuten, sondern um zu signalisieren, dass man dabei ist und zu verstehen versucht.

Das Erstaunliche dabei war, dass dieses therapeutische Vorgehen oft nützlich zu sein schien. Der Patient machte zwar zeitweise eine krisenhafte Intensivierung der psychotischen Symptomatik durch, insgesamt wurde er aber, auch bei zunehmender Reduzierung der Medikation, ruhiger, verständlicher, kommunikativer und kam in die Lage, eine stabilere Beziehung zum Therapeuten herzustellen. Letzteres war deswegen bemerkenswert, weil der Patient mit seinem oft paradox widersprüchlichen oder gar absurden oder feindseligen Verhalten dem Therapeuten ein recht problematisches Beziehungsangebot machte.

Die gelegentlichen therapeutischen Erfolge erschienen Zufallstreffer zu sein. Denn wie soll man mit jemandem konsequent umgehen, der fest an seinen unkorrigierbaren Wahnvorstellungen hängt oder oft von seinen »Stimmen« oder von eigenartigen Körpersensationen und bemerkenswerten Veränderungen in seinem Körper berichtet? Wie soll man sich gegenüber jemandem verhalten, der total zurückgezogen ist und sich kaum äußert oder arrogant und total von sich überzeugt oder misstrauisch feindselig ist? Und wie soll man eine Beziehung entwickeln zu jemandem, der jeden Blickkontakt meidet oder umgekehrt mit aufgerissenen Augen den Therapeuten ununterbrochen fixiert und ihn sozusagen aufsaugt? Was tun mit jemandem, der selten Fragen beantwortet oder wenn überhaupt, »nur schizophrenisch« redet und dessen Produktionen vorwiegend Konkretismen, Neologismen und insbesondere Paradoxien und unlogische Gedankengänge sind?

Unsere tolerante Zurückhaltung unter Vermeidung von vielen Fragen und Deutungen war also zunächst teils intuitiv, teils aber auch durch die negativen Erfahrungen bei der Anwendung der klassischen psychoanalytischen Technik bei Psychotikern verursacht. Selbstverständlich gab es schon eine reiche psychoanalytische Literatur über Theorie und Technik bei der psychoanalytisch inspirierten Behandlung von Psychosen. Sigmund Freud war, trotz seines sehr großen Interesses für Psychosen, in Bezug auf die Therapie zurückhaltend. Die Schüler der ersten und zweiten Generation aber haben immer wieder Versuche unternommen, um eine Theorie und therapeutische Praxis zu entwickeln. Diese waren jedoch sehr divergent und reichten von rein stützenden therapeutischen Verfahren bis zu intensiven kleinia-nischen Behandlungen auf der Couch, von der intensiven, streng individuellen Therapie nach Laing oder später Benedetti bis zu der das soziale Feld berücksichtigenden Theorie und Praxis z. B. von Sullivan. Dies waren alles wertvolle und im Hinblick auf das notwendige starke Engagement, das dahinter stand, sicher bewundernswerte Bemühungen. Dennoch, eine einheitliche »Lehre« fehlte, und noch weniger war eine einheitliche Technik zu erkennen, die man auch erlernen, vermitteln und systematisch kultivieren hätte können.

Dies hat sich inzwischen sehr verändert. Denn schon innerhalb unseres kleinen, mit beschränkten Möglichkeiten arbeitenden Kreises in Frankfurt hatten wir angefangen, die bereits geschilderten Widersprüchlichkeiten und angeblichen Verrücktheiten der Schizophrenen besser zu verstehen und unsere mehr intuitiv eingenommene Haltung und Methodik sozusagen nachträglich nunmehr auch begrifflich zu

erfassen und zu begründen. Von den zentralen Annahmen ausgehend, nämlich der Dilemmatik der psychotischen Dynamik, aber auch der Funktionalität der Dysfunktionalität aller, auch der schwersten psychotischen Störungen, wurde es leichter, das Ganze zu überblicken. Diese große und früher uns verwirrende Fülle von Paradoxien, Widersprüchlichkeiten, Inkonsequenzen, selbstdestruktiven Verhaltensweisen usw. konnte nun besser begriffen werden. Aber auch die von der Praxis her gesehene schwierigste Aufgabe in der Therapie, nämlich die nötige Integration einer intensiven empathischen Annäherung mit der Respektierung der Identität und Autonomie der Patienten, konnte besser begriffen werden.

Die fatale negative Progredienz schizophrener Psychosen beruht offenbar u. a. auf einem ebenfalls fatalen *Circulus vitiosus*, wobei die vom Patienten mobilisierten Abwehr- und Kompensationsmechanismen ihm letztlich zum Verhängnis werden, und zwar deswegen, weil sie das Wichtigste verunmöglichen und verhindern, was zu einer allmählichen Lockerung des Dilemmas und zu einer Besserung führen kann, nämlich neue, positive Beziehungserfahrungen. Und das erweist sich als das übergeordnete Ziel der Therapie, also die Ermöglichung solcher Beziehungen, zunächst paradigmatisch innerhalb der Therapie, später auch außerhalb der Therapie.

Dies ist jedoch leichter gesagt als getan. Die Verwüstungen des oben angedeuteten Prozesses führen meistens unvermeidlich zu Verkrustungen und (sekundären) Defiziten, die bei den Bemühungen vom Patienten und Therapeuten, diese Mauer zu überwinden, sich als ausgesprochen resistente Hindernisse erweisen.

Die eingangs erwähnte intuitiv eingenommene therapeutische Haltung dem psychotischen Patienten gegenüber ist wahrscheinlich die grundsätzliche Voraussetzung für eine Therapie, die die Überwindung der erwähnten Behinderungen mit sich bringt und die neuen Beziehungserfahrungen ermöglicht. Die dabei auftauchenden Schwierigkeiten hängen zu einem großen Teil mit den bei der Schizophrenie bekannten Symbolisierungsproblemen zusammen, d. h. den mangelhaften oder fehlenden Bildungen von psychischen Repräsentanzen der Objekte, wobei dies in der hohen intrapsychischen Gegensätzlichkeit der Objekte begründet ist.

Es fragt sich nun, in welchem Zusammenhang die oben erwähnte positive therapeutische Wirkung neuer Beziehungserfahrungen zu den Symbolisierungsschwierigkeiten (bzw. zu den therapeutischen Bemühungen um ihre Behebung) steht. Diese neuen Beziehungs-

erfahrungen, die zunächst paradigmatisch innerhalb der Therapie erlebt werden sollen, werden besonders dadurch charakterisiert, dass sie eine paradox erscheinende Kombination von intensiver positiver Einfühlung einerseits und einer in gewisser Hinsicht distanzierenden Respektierung der Autonomie des Patienten andererseits implizieren. Diese sicher nicht so einfach herzustellende Kombination scheint aber eine therapeutische Wirkung zu haben. Sie stellt eine Spiegelung dar, die in gewisser Hinsicht an die beim Säugling und Kleinkind so wichtige Spiegelung durch die Mutter erinnert. Denn diese adäquate mütterliche Reaktion und Spiegelung sollen ja auch gleichzeitig wünschenswerte Elemente einer Distanzierung und Respektierung des Säuglings (im Gegensatz zu einer massiven, undifferenzierten Intrusion) enthalten.

Was haben aber solche Vorgänge mit Symbolbildung, mit Anregung von Symbolisierungsprozessen oder, im ungünstigen Fall, mit Symbolisierungsproblemen zu tun? Diese Frage führt uns unweigerlich in das Gebiet der zurzeit intensiv diskutierten, zum Teil auch angewandten Theorie der Mentalisierung, insbesondere wie sie von Fonagy und Target entwickelt wurde.

Der mögliche Beitrag der Mentalisierungstheorie

Alois Münch hat sich anlässlich der Besprechung von britischen Konzepten der Psychotherapie mit dem Konzept der Mentalisierung beschäftigt (Münch, 2007, S. 7 ff., S. 70 ff.).

Die Mentalisierungstheorie stellt nicht zuletzt den Versuch dar, Aspekte der Entstehung und Entwicklung von Symbolisierungsprozessen genauer und treffender zu konzeptualisieren.

Alois Münch hat die zentralen Konzepte der Mentalisierungstheorie dargestellt und auch einige kritische Fragestellungen vorgetragen, aber die uns hier besonders interessierende Frage, ob und welchen Beitrag die Mentalisierungstheorie zum Verständnis der Psychosen und ihrer Therapie leisten kann, noch offen gelassen. Ich möchte daher diese Frage nun hier wieder aufgreifen und meine Überlegungen dazu ausführen.

Mentalisierungstheorie und schizophrene Psychose

Der Versuch von Fonagy und Target, die seit Langem in der Psychoanalyse erkannte und beschriebene zentrale Bedeutung der mütterlichen Spiegelung für die Entstehung des Psychischen (des Mentalen) und insbesondere der inneren Repräsentation, der Symbolik im Säugling und Kleinkind, zu beschreiben und begrifflich neu zu bestimmen, zeigt gewisse Ähnlichkeiten mit den Bemühungen, diese Störung der Entstehung des Psychischen auch beim später Schizophrenen zu erfassen.

Dadurch entsteht die Frage, ob sich nicht auch für die Therapie von Psychosen neue Gesichtspunkte und Anregungen ergeben. Die von der Mutter intuitiv dem Säugling angebotene intensive emotionale Zuwendung, die aber gleichzeitig durch das implizierte spielerische »Als-ob-Verhalten« und die »Markierung«, die das ungebremsste, unkontrollierte, diffus identifikatorische Hineinströmen des Kleinkindes in die Mutter verhindert und dadurch Anlass zur Bildung von abgrenzbaren, fassbaren und brauchbaren Symbolisierungen bietet, scheint zunächst eine einleuchtende Arbeitshypothese zu sein. Wenn dieser Prozess durch schwere Traumatisierungen und/oder Ambivalenzen zwischen Gut und Böse (je nach Art der Spiegelung durch die Mutter) gestört wird, so entstehen die pathogenen Voraussetzungen für die Entwicklung schwerer psychischer Störungen, weil sozusagen die Instrumente der adäquaten emotionalen Steuerung und Regulierung fehlen oder mangelhaft und zweideutig bleiben.

Findet Analoges auch bei den Psychosen statt? Und wenn dies zutrifft, welche sind aber die Unterschiede? Warum bleibt bei traumatischen und Borderline-Störungen die Realitätsprüfung erhalten, während sie bei den Psychosen verloren geht? Diesen Unterschied hat Kernberg schon vor längerer Zeit sehr überzeugend herausgearbeitet. Hier hilft vielleicht eine Idee von Freud weiter: In der Neurose geht die Vorstellung des Wortes, in der Psychose die Vorstellung der Sache verloren. Und der Schizophrene muss deswegen nachträglich mühsam die verloren gegangene Welt restituieren.

Die Destruktion der Symbolik (oder die Verhinderung ihrer Entstehung) scheint hier, also bei den Psychosen, eine gravierende, eine totale und absolute zu sein. Dies wurde auch als Verwerfung bezeichnet.

Dies alles mag zunächst überzeugend klingen. Der Unterschied scheint demnach in dem großen Ausmaß und der Absolutheit der

Symbolisierungsstörung bei der Psychose zu liegen. Trotzdem muss man es aber meines Erachtens differenzierter sehen: Schon beim Borderline und bei der schweren Traumatisierung wird die symbolische Repräsentation im Inneren nicht bloß geschwächt oder weggewischt, sondern sie nimmt eine andere Form an: Sie ist im Vergleich zum Konventionellen, Normalen verzerrt, widersprüchlich, wechselnd. In ähnlicher Weise entsteht auch in der Psychose nicht eine Asymbolik, sondern eine Art Protosymbolik, d. h. ältere, elementare, verzerrte und widersprüchliche Repräsentationen entstehen in einem solchen Ausmaß, dass dadurch tatsächlich die Realitätsprüfung beeinträchtigt wird.

Unabhängig nun von dieser mehr oder weniger einleuchtenden Konstruktion erscheinen mir eine andere Frage und Thematik theoretisch und praktisch zumindest genauso wichtig: Sind diese Mentalisierungs- bzw. Symbolisierungsschwierigkeiten primär auf vorgegebene Defekte zurückzuführen oder sind sie als defensive Reaktionen sekundär entstanden, sind sie also elementare defensive Mechanismen?

Auch in der Psychosomatik hat man noch in den 1970er Jahren mit Sifneos und den französischen Autoren Marty u. a. von der *pensée opératoire* und von einer sozusagen vorgegebenen Symbolisierungsschwäche oder dem Fehlen von Symbolisierung gesprochen, um später aber doch anzuerkennen, dass es sich dabei um sekundäre, defensive Prozesse handelt.

Ähnliches könnte auch für die hier interessierenden Schwierigkeiten bei Symbolisierungsprozessen zutreffen. Wenn man die Ausführungen von Fonagy und Target, aber auch die vielen Beiträge zu Symbolisierungsstörungen bei Psychosen liest, so gewinnt man den Eindruck, dass es sich hier um eine generalisierte, durchgehende, primäre Beeinträchtigung der Bildung des Symbolsystems handelt, die auf biologisch oder psychogenetisch bedingten Defekten beruht. Wie ist es dann aber zu erklären, dass sowohl bei Borderline und schweren Traumatisierungen, aber insbesondere auch bei den Psychosen abwechselnd unterschiedliche Symbolisierungsniveaus vorhanden sein können? Dazu zwei kurze Beispiele.

Eine etwa Mitte 30-jährige Frau, eine Juristin, die in der Klinik einige Wochen wegen einer schweren paranoid-halluzinatorischen Psychose behandelt wurde, besserte sich relativ schnell unter der medikamentösen Behandlung und war dann relativ unauffällig. Eines Tages wurde sie den Studenten im Hörsaal vorgestellt, einmal um sie über

ihre abgeschlossene akute Psychose berichten zu lassen, zum zweiten aber auch, um den Studenten eine gute Remission vorzuweisen. In dem Gespräch mit dem Dozenten war sie, eine berufstätige Juristin, in der Lage, komplizierte, auch politische Ereignisse zu diskutieren und völlig zusammenhängend rational und logisch Stellung zu nehmen bis zu dem Punkt, wo der Dozent, vielleicht etwas unerwartet, sie fragte: »Und wie sieht es bei Ihnen zu Hause aus, wo Sie, soviel ich weiß, mit Ihrer Schwester und mit Ihrer Mutter leben?« Daraufhin wurde die Patientin schon in ihrem Äußeren und in ihrer Körperhaltung anders. Sie stand auf und bewegte sich mit steifem Schritt hin und her, wobei sie bemerkenswerte Bewegungen mit den Händen machte und auf die große Uhr im Hörsaal deutete. Sie war nicht ansprechbar und offenbar innerlich beschäftigt mit »Stimmen« oder mit den etwas rituell wirkenden Bewegungen ihrer Hände.

Als nun der Dozent es aufgab, sie zu fragen, was denn mit ihr los sei, und stattdessen das Gespräch von zuvor fortsetzte und sie fragte, wie sie die Situation nach den kürzlich stattgefundenen Wahlen beurteile und was man zu erwarten habe, begann sie wie zuvor völlig unauffällig, normal, logisch zu sprechen und auch zu diskutieren.

Beispiel zwei: Eine Patientin gibt beim Rorschach-Projektionstest auf die verschiedenen Tafeln bzw. Tintenkleckse Antworten, die eindeutig psychotisch wirken. Die Patientin sah in fast jeder der Tafeln sich selbst in einer Handlung oder Position. In der letzten, der zehnten Tafel sah sie sich in der Mitte, es handelte sich um das Jüngste Gericht und sie stand neben Jesus. Daraufhin wandte sie sich dem staunenden Untersucher zu und sagte: Oder wollen Sie was anderes hören? Als dieser dem zustimmte, begann die Patientin eine nach der anderen Tafel in der üblichen, von der großen Mehrheit der Menschen in ähnlicher Weise gedeutete Tafeln, die klassischen Antworten zu geben: ein Menschenbecken, zwei Kellner, zwei Bären, ein Schmetterling. Am Ende sagte sie allerdings: Aber wahr ist das, was ich Ihnen am Anfang gesagt habe.

In diesen zwei Beispielen zeigt sich, dass die Patientinnen in der Lage sind, die Welt so zu sehen, wie wir sie alle sehen, dass sie aber in bestimmten Situationen und Konstellationen es vorziehen, sie anders zu sehen und mit ihr anders umzugehen.

Warum dies sich so verhält, kann und will ich hier nicht erläutern (vgl. dazu Mentzos, 2009). Ich erwähne die beiden Beispiele nur, um zu zeigen, dass offensichtlich die hier grobe und massive Symbolisierungsproblematik, also das Abweichen von der Symbolisierungsart anderer Menschen oder die Abweichung von der Symbolisierungsart

des Betreffenden selbst zu einem anderen Zeitpunkt, keine generalisierte und wahrscheinlich auch keine primäre und vorgegebene ist, sondern sie entsteht, sofern nötig, zur Erfüllung einer Abwehrfunktion auf einem psychotischen Niveau.

Das Wort Abwehr ist hier vielleicht falsch am Platze, weil es mehr an die relativ geordneten, abgrenzbaren und unter Umständen auch deutbaren defensiven neurotischen Prozesse erinnert. Dagegen liegt hier, bei den Psychosen, ein massiver, totaler, oft ungeordneter panikartiger Rückzug vor. Es scheint, dass ein großer Teil der intrapsychischen, symbolisch repräsentierten Realität einfach weggewischt wird, was auch mit dem Terminus »Verwerfung« bezeichnet wurde. Was zurückbleibt, sind entweder schreckliche, »verbrannte Erde« oder (eine relativ bessere »Lösung«) die ad hoc entstehenden neuen Symbolisierungen wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen, aber auch Neologismen usw. Man könnte hier von einer Art »Umsymbolisierung« sprechen, die das entstehende oder drohende schreckliche und Panik erzeugende Vakuum ausfüllen. Daher rührt auch die bekannte »beruhigende« Wirkung von Wahnideen. Die bei Wahnideen oft weiterhin bestehende Angst ist fassbar und deutlich weniger ausgeprägt als die unsagbare, diffus flottierende Angst zu Beginn der Psychose und vor Entstehung der neuen Umsymbolisierungen.

Mir scheint, dass der hier potentiell mögliche Gewinn durch die Anwendung der Mentalisierungstheorie wäre, dass wir die geschilderten und im Groben mehr oder weniger bekannten Prozesse präziser und in einem größeren Zusammenhang mit Hilfe dieser Theorie verstehen könnten; wir also besser verstehen könnten, was diese Vernichtung der psychischen Welt bedeutet. So war ich z. B. durch die Bekanntschaft mit der Mentalisierungstheorie besser vorbereitet, die Schilderung eines psychotischen Patienten zu verstehen, den ich seit mehreren Jahren kannte und der zwar im Laufe und mit Hilfe der Therapie große Fortschritte machte, aber heute noch gelegentlich vor diesem unbeschreiblichen Chaos steht, das Panik erzeugt, aber jetzt auch allmählich in der Lage ist, die Bedingungen zu beschreiben, wenn so etwas auftritt: »Mir schwimmen die Felle weg, ich kann kaum mehr bestimmte Gefühle als solche konkret spüren, geschweige benennen. Es entsteht eine unbeschreibliche Verwirrung und ich glaube, dass dies alles dann eintritt, wenn ich an bestimmte, schreckliche, verletzende Erinnerungen mich *nicht erinnern darf!*«

Solche Fälle bestärken mich in der von der Mentalisierungstheorie gefestigten Vorstellung, dass das Psychische, das Mentale absolut auf

der symbolischen inneren Repräsentation basiert, aber man könnte fast sagen: Solche Fälle legen auch die Annahme nahe, dass das Fehlen, die Abwesenheit und das Verlieren dieser symbolischen Repräsentation nicht das Resultat eines primären Defekts, sondern vielmehr Folge einer elementaren Abwehrbewegung sind.

Um ein aus dem Militärischen entlehntes Bild zu benutzen, ist es so, wie wenn man in der großen Not immer mehr Territorien aufgibt und sich zurückzieht – eine fatale Rückzugsstrategie, weil man dadurch nicht nur die Realitätsprüfung, sondern auch einen großen Teil seiner inneren psychischen Welt aufgibt. Allerdings entsteht bei den meisten, den relativ günstigeren Fällen das, was Sigmund Freud als eine Rekonstruktion gesehen und benannt hat.

Was bedeutet dies nun alles für die Therapie? Auch hier könnte die Mentalisierungstheorie wichtige Hilfe leisten. Sie beschreibt differenziert Punkt für Punkt die Entstehung des Psychischen durch die mütterliche Spiegelung und ihre Besonderheiten. Analog dazu könnte auch die entsprechende therapeutische Haltung, die Spiegelung des Patienten, helfen, die verloren gegangene Symbolisierung wieder entstehen zu lassen und die drohende De- oder Umsymbolisierung unnötig und überflüssig zu machen.

Aber auch hier möchte ich etwas hinterfragen und einen Vorschlag zu einer neuen Formulierung und Erfassung dessen machen, was bei einer erfolgreichen Therapie geschieht.

Obwohl Fonagy und Target die Beteiligung von emotionalen Faktoren und Kräften bei diesen Prozessen unterstreichen, könnte es doch sein, dass sie durch das eindeutige Favorisieren der kognitiven Dimension sich den Vorgang der therapeutischen Wiederherstellung der inneren symbolischen Repräsentationen mehr als ein kognitives Neuerelernen konzeptualisieren. Und dies umso mehr bei den Psychosen, wo die ganze normale Symbolik verloren oder nicht entstanden zu sein scheint. Dem schizophrenen Patienten steht aber, wie die obigen Beispiele zeigen, der kognitive Teil dieser Symbolisierung zur Verfügung, sonst wäre die Juristin nicht in der Lage, über Politik zu diskutieren, oder die andere Patientin könnte nicht normale, durchschnittliche Antworten beim Rorschach-Test geben! Von daher wäre es falsch, wenn wir den Schizophrenen als einen defektösen »Analphabeten« betrachten, dem wir das Alphabet neu beibringen wollen. Er würde sich auch dagegen wehren. Was er braucht, ist die Koppelung dieser kognitiven Anteile an eine dazu gehörige, organisch damit verbundene emotionale, bindende Komponente.

Dies alles bedeutet nicht, dass ich die Bemühungen der primär kognitiven Therapie, sowohl bei nichtpsychotischen als auch bei psychotischen Fällen, als falsch, unnützlich und unbrauchbar betrachte. Im Gegenteil, sie können sehr nützlich sein. Ich glaube aber, dass dies aus einem anderen Grund geschieht als dem in der Theorie der primär kognitiven Therapie vorgesehenen und beschriebenen.

Ich nehme nämlich an, dass ein engagierter und empathischer kognitiver Therapeut, unbeabsichtigt, bei seinem Umgang und bei seiner Begegnung mit dem Patienten in einem gewissen Umfang das verwirklicht, was auch in der modernen Psychoanalyse vom Therapeuten verlangt wird, nämlich dass er eine Integration zwischen Empathie und respektvoller Distanzierung im Umgang mit dem Patienten anstrebt. Es kann zwar sein, dass der Schwerpunkt beim Psychoanalytiker mehr auf der emotionalen Beziehungsdimension liegt, während bei dem kognitiven Therapeuten das übende Vermitteln von Information und Kognition im Vordergrund steht. Beides ist aber nicht so weit entfernt vom Verhalten der ausreichend spiegelnden Mutter (es gibt ja auch solche und solche guten Mütter!).

Trotzdem erscheint mir aber auf jeden Fall die Differenzierung der emotional spiegelnden von der kognitiv vermittelnden Dimension und Funktion wichtig, zumal bei gleichzeitiger Berücksichtigung der von Fonagy und Target geforderten Vermeidung des bei diesem Vorgang bestehenden Risikos der globalen, entdifferenzierten und diffusen Identifikation mit der Mutter. Die adäquate Mutter weiß die drohende globale Identifikation intuitiv, z. B. durch Markierung und Hervorhebung des »Als-ob«, zu verhindern.

Diese Überlegungen erscheinen mir für die in der Zukunft zu erwartende weitere Differenzierung der psychoanalytischen Technik bei der Psychosentherapie von großer Bedeutung. Es ist zwar richtig zu meinen, dass eine neue Beziehungserfahrung bei einer solchen Therapie eine unabdingbare Voraussetzung sei. Jedoch sind solche Feststellungen noch zu allgemein, zu undifferenziert, und sie besagen nichts Genaueres zu der Frage, worin denn dieses Neue in der Beziehung besteht und insbesondere auf welchem Wege sie bei der Entstehung oder Wiederherstellung symbolischer Systeme nützlich ist.

Hier öffnet sich womöglich, auch mit Hilfe der Mentalisierungstheorie, ein neuer Weg, wobei es mir erforderlich erscheint, sowohl den Abwehrcharakter der Asymbolisierung als auch der pathologischen Umsymbolisierung zu erkennen und somit auch, dass es sich bei diesen Prozessen nicht um einen endgültigen Defekt handelt.

Immerhin entsteht hier auch die Möglichkeit, das schizophrene Dilemma auf einer noch tieferen und quasi beobachtbare Ebene zu erfassen: Der Schizophrene steht vor dem Dilemma, seine innere Repräsentation, seine psychische Existenz zu verwerfen und damit in das Chaos zu geraten, um die Konfrontation mit der ihm drohenden vernichtenden Verlassenheit zu verhindern. In dieser Situation ist es verständlich, dass ihm dann die Psychose (oder der Selbstmord) noch als die einzige »Lösung« erscheint. Mit der Psychose versucht der Patient, so paradox es auch erscheinen mag, sowohl seine Selbstidentität als auch das Objekt zu »retten«.

Literatur

- Mentzos, S. (2009). Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Münch, A. (2007). Mentalisierung: Ein Beitrag zur Theorie der Psychosen? In S. Mentzos, A. Münch (Hrsg.), *Britische Konzepte der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Michael Putzke

Gegenübertragung im stationären psychiatrischen Alltag

Der Gegenübertragungsbegriff als Instrument zum Verständnis akut psychotisch erkrankter Menschen, die einer stationären Therapie bedürfen, hat bisher wenig Eingang in die Literatur gefunden, obwohl die Fähigkeit zur Übertragung das auffälligste Merkmal psychotisch erkrankter Menschen darstellt (Segal, 2008). Zwar gilt schon seit den Arbeiten von Abraham und Federn nicht mehr das Diktum Freuds, Psychotiker seien zur Übertragung unfähig. Ein Blick in die neueren Veröffentlichungen zum Thema Gegenübertragung bei psychotisch erkrankten Menschen zeigt bezüglich der stationären Behandlung ein eher ernüchterndes Bild. In dem von Böker (2005) herausgegebenen Band »Psychoanalyse und Psychiatrie« gibt es einen Verweis auf den Begriff. Schwarz et al. (2006) behandeln ausführlich die Gegenübertragung und deren Implikationen, doch handelt es sich dabei ausschließlich um ein ambulantes dyadisches Setting. Im August-Heft der »Psyche« (2008) werden in den Artikeln von Matakas und Maier die Fokusse auf die Gestaltung von dualen therapeutischen Beziehungen gelegt. Alanen (2001) und Hinshelwood (2004) befassen sich explizit mit den Gegenübertragungen im stationären Setting; Ersterer, indem er praxisorientiert von einer psychotherapeutischen Gemeinschaft und deren besonderer Eignung bei der Behandlung akut erkrankter Menschen spricht, Letzterer dadurch, dass er sich auf eine eher theoretischen Untersuchung des Einflusses der psychotischen Dynamik auf die stationären Behandler stützt. Hirsch (2008) wirft die Frage auf, ob bei dynamischen Gruppenprozessen, zweifelsohne handelt es sich auf einer psychiatrischen Akutstation um ebensolche, überhaupt der Übertragungs-/ Gegenübertragungsbegriff weiterhilft oder ob nicht vielmehr die Mentalisierungs- und Symbolisierungsprozesse betrachtet und gefördert werden sollten.

Warum gibt es so wenig Literatur zur Gegenübertragung von akut psychotisch erkrankten Menschen, die einer stationären Behandlung bedürfen? Zum einen weil die Übersichtlichkeit der dyadischen Beziehung verloren geht, im stationären Setting eher die Dynamik von Großgruppen vorherrscht, die ohnehin schon zu einer eher psychotischen Organisationsstruktur neigt, die Übertragungs-/Gegenübertragungsmöglichkeiten sind vielfältiger, häufiger dadurch auch unkontrollierbarer. Zum anderen gestaltet sich die Art der Gegenübertragung archaischer, da die psychotische Übertragung häufiger präsymbolischer Natur ist, und dadurch weniger verbalisierbar, viel eher »im Tun« wahrgenommen und reflektiert wird. Auch führen die präsymbolischen Übertragungen zu starken archaischen Affekten, die die Behandler eher dazu verleiten, sie zu verleugnen. In der Akutpsychiatrie ist die aus psychoanalytischer Sicht sinnvolle Trennung von Verstehen und Handeln häufig nicht durchzuhalten, dies ist zum einen Teil einem Gegenübertragungsagieren geschuldet, zum anderen Teil aber auch der unbewussten Dynamik psychotisch erkrankter Menschen. Diese Unterscheidung richtig zu treffen, gelingt mehr oder weniger gut. Wenn das Tun einer dynamischen Betrachtungsweise zugänglich gemacht werden kann, sind zumindest die Voraussetzungen für ein Verständnis akut psychotisch erkrankter Menschen gegeben.

Ich möchte hier Mizellen vorstellen, Bruchstücke eines psychodynamischen Zugangs zum psychotisch erkrankten Menschen.

Zunächst werde ich einige kurze Überlegungen zum Gegenübertragungsbegriff darstellen, danach anhand kurzer Vignetten einige für unsere praktische Arbeit theoretischen Voraussetzungen erläutern.

Gegenübertragung

Erlauben Sie mir, auf die altbekannte Darstellung der Entwicklung des Übertragungs-/Gegenübertragungskonzeptes zu verzichten (Scheunert, 1960; Möller, 1977; Loewald, 1986; Schwarz, 2001). An dieser Stelle möchte ich einige Überlegungen von Anna Ornstein (2001) und Hanna Segal (2008) in sehr komprimierter Form darlegen. Für Ornstein hat die nicht sehr ausgeprägte Diskussion der Gegenübertragung etwas mit der narzisstischen Kränkung des Analytikers zu tun. Sie erlebt den Übertragungsbegriff eingeeengt auf die Patienten-Therapeuten-Situation, gedacht sei er aber in einem umfassenderen Sinne gewesen, auch sei die Gegenübertragung häufig unbewusst strukturiert.

Die Unterscheidung zwischen Gegenübertragungsreaktionen und der eigenen Subjektivität wird als Schwierigkeit beschrieben. Nach Loewald ist »es irrig, ja unmöglich, Übertragung und Gegenübertragung als getrennte Probleme zu behandeln. Sie sind zwei Seiten derselben Dynamik, die aus der untrennbaren Verflechtung mit anderen hervorgeht« (Loewald, 1986, zit. nach Ornstein, 2001, S. 48). Die Frage, wie Gegenübertragungsreaktionen zu erkennen seien, beantwortet sie, indem sie auf die Fokussierung der sich entfaltenden Selbstobjektübertragung hinweist und die Wirkung unseres verbalen und nonverbalen Verhalten auf die Patienten herausstellt. »Die Konzentration auf die sich entfaltende Selbstobjektübertragung bietet uns die beste Möglichkeit zu erkennen, wie uns der Patient erlebt, oder anders ausgedrückt, welche Probleme der Patient in die Behandlungssituation bringt. Funktioniert dieser Vorgang nicht mehr ungestört, [...] dann werden uns vielleicht mögliche Gegenübertragungsaffekte bewusst« (Ornstein, 2001, S. 50).

Auch Segal weist auf die Anteile der Analytiker im Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen hin und betont, darauf zu achten, in welchem Maß die eigenen infantilen Aspekte, die nicht integriert sind, die Wahrnehmung und die Einschätzung verzerren. Auch habe sich der Betrachtungswinkel insofern verändert, als die Projektionen des Patienten nicht mehr *auf* den Analytiker erfolgen, sondern *in* ihn hinein, und so mithin der Versuch unternommen werde, die Psyche des Analytikers zu beeinflussen. Weiter weist sie auf den Umstand hin, dass Grad der Störung und Grad der Beeinflussung durch den Patienten in einem engen Verhältnis zueinander zu sehen seien; je näher ein Patient der Psychose sei, desto mehr würden primitive projektive Identifizierungen verwendet und desto mehr müsse die Gegenübertragung als Navigationsinstrument herangezogen werden, desto weniger seien sie aber auch zu erleben und zu verstehen.

Psychotisch erkrankte Menschen versuchten, das Denken zu zerstören, konkordant dazu könne die Gegenübertragung auch als Abwehr seitens der Behandler und der Institution aufgefasst werden, wenn nicht deutlich herausgearbeitet werde, welche Anteile an der Gegenübertragung zu wem (Patient oder Behandler) gehörten – ein durchaus schwieriges Unterfangen, da wir uns in einer meist präsymbolischen psychotischen Welt befinden, in der häufig nur diffuse Wahrnehmungen von Hilflosigkeit, Ermattung, Leere etc. möglich sind.

Hilfreich für das Verständnis der Übertragungs-/Gegenübertragungsreaktion ist das Bion'sche Container-Contained-Modell. Es geht

davon aus, dass Gefühle zunächst ungebunden jenseits einer Form psychischer Integriertheit existierten (Bion, 1962/1990). Dabei sei es die Aufgabe der Mutter, die unverdauten, ihr vom Kind zugeschobenen emotionalen Erfahrungen in sich zu bewahren und zu einem geeigneten Zeitpunkt zurückzugeben. Dadurch werde es dem Kind ermöglicht, vorher Unverstandenes als Verdautes und damit Verstandenes in sich aufzunehmen. Durch diesen Prozess entstehen aus *Beta-Elementen Alpha-Elemente*. Dieser Vorgang bewirke, dass aus einem interaktionellen ein intrapsychischer Prozess werde. Misslinge dieser Umwandlungsprozess, gelinge es nicht, die unverdauten emotionalen Elemente über die Mutter verdaut zurückzugeben, blieben sie in einem rohen, psychisch unverdauten Zustand. Dieser Zustand bilde dann für das sie erlebende Ich eine traumatisierende Gefahr, auf die das Kind mit *namenloser Angst* (Bion, 1962/1990) reagiere.

Nach Segal ist es die Aufgabe des Analytikers, im Kontakt mit dem eigenen kindlichen Erleben mit dem Patienten mitzuschwingen, ohne dadurch überwältigt zu werden. Dies fordere, was Bion als »biokulares Sehen« beschrieben habe: einerseits aufnahmebereit, einfühlsam und bergend zu sein, andererseits den Prozess und die Kommunikation des Patienten beobachtend und verstehend wahrzunehmen. Inwieweit dies ausreichend gut gelingt, hängt von der Konstellation der eigenen inneren Objekte ab.

Die oben geschilderten Darlegungen beziehen sich praktisch immer auf eine Zwei-Personen-Psychologie, sind damit nicht unmittelbar auf das Geschehen auf einer Akutstation übertragbar. Ich möchte im Folgenden anhand von drei Sequenzen im stationären Setting, die ich jeweils eingangs durch ein oder mehrere kurze Fallvignetten illustriere, die Besonderheiten der Gegenübertragungen herausarbeiten und die dazugehörigen theoretischen Erweiterungen benennen.

Die »normale« Gegenübertragung

Herr B., ein im Erstkontakt zum Behandler 46-jähriger Mann, der in den letzten 15 Jahren zuvor wegen immer wiederkehrendem Alkoholmissbrauch insgesamt 41 Mal stationär behandelt werden musste, kam aufgrund von Bettenknappheit auf eine allgemeinpsychiatrische Station. Dort benahm er sich unflätig, war aggressiv gereizt, kaum ab-sprachefähig und forderte die Grenzen heraus, indem er im Wortsinn Mitpatienten anpinkelte. In dieser Situation wurde nicht auf den sich

Gegenübertragung – Arbeitsprozesse in der psychoanalytischen Psychosentherapie anbietenden Handlungsdialog Klüwer (1983, 1995) eingegangen, sondern es wurden die in der Gegenübertragung neben dem ärgerlichen Affekt spürbaren tief traurigen Gefühle des Patienten benannt.

Vorausgegangen war eine emotional-kontroverse Auseinandersetzung darüber, wie dieses »unmögliche« Verhalten zu sanktionieren sei, ob der Patient nicht »niedergespritzt und fixiert gehöre«. Erst als es gelang, das aggressive Acting out des Patienten als verzweifelten Versuch zu verstehen, die unerträglichen depressiven Gefühle zu unterdrücken, trat eine gewisse Beruhigung des in sich völlig zerstrittenen Teams ein.

Die Reaktion des Patienten auf das Benennen der Gegenübertragungen im oben geschilderten Sinn bestand in einer tiefen, sich über zwei Monate hinziehenden depressiven Reaktion. Später konnte Herr B. berichten, dass es ihm sehr geholfen habe, vom Team in seiner Befindlichkeit wahrgenommen worden und nicht erneut den Weg der Sanktionen und des sich damit stabilisierenden aggressiven Impulses gegangen zu sein. Stattdessen wurde ihm die Möglichkeit eröffnet, andere Erfahrungen machen zu können.

Darüber hinaus stellte sich heraus, dass er sich lieber mit der sozial akzeptierteren Diagnose der Alkoholabhängigkeit zufrieden gab, als sich mit der eigentlichen, auch von den Kollegen über Jahre verleugneten schizoaffektiven Erkrankung auseinandersetzen zu müssen.

Er erholte sich danach, und es begann eine bis heute über 18 Jahre andauernde therapeutische Beziehung, die zu einer Stabilisierung führte. Er war seitdem fünf Mal (längstens zweieinhalb Wochen) hospitalisiert. Die weiter, im Durchschnitt einmal jährlich, auftretenden Krisen, konnten im ambulanten Setting durch eine Erhöhung der Frequenz abgefangen werden. Den Alkoholkonsum benutzt Herr B. nur vereinzelt als Medikation in diesen Krisen. Neuroleptika oder Phasenprophylaktika erhielt der Patient nicht dauerhaft, in Krisensituationen war eine Einnahme von 1 mg Benperidol für ca. 5–10 Tage ausreichend.

An dieser Vignette wird zweierlei deutlich: zum einen, dass es auch im stationären Setting zunächst eine dyadische Wahrnehmung eines Übertragungs-/ Gegenübertragungsgeschehens geben kann, wie es in einer Praxis geschieht. Zum anderen ist es dem Behandler offensichtlich gelungen, sich nicht vom Acting out des Patienten blenden zu lassen und damit die bekannten, gleichzeitig erhofften und auch gefürchteten Reaktionen zu wiederholen, sondern vielmehr durch Bions »biokulares Sehen« Herrn B. in seiner hinter der aggressiven Fassade verborgenen Not wahrzunehmen.