

Norbert Matejek / Thomas Müller (Hg.)

# Grenzsituationen in Psychotherapien

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN  
PSYCHOTHERAPIE | BAND 25

Vandenhoeck & Ruprecht



FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN  
PSYCHOENTHERAPIE

Schriftenreihe des Frankfurter  
Psychosenprojekts e. V. (FPP)

---

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

Band 25: Norbert Matejek / Thomas Müller (Hg.)  
Grenzsituationen in Psychotherapien

Norbert Matejek / Thomas Müller (Hg.): Grenzsituationen in Psychotherapien

Norbert Matejek / Thomas Müller (Hg.)

# Grenzsituationen in Psychotherapien

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 978-3-525-45125-0

© 2011, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen/  
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Oakville, CT, USA  
Internet: [www.v-r.de](http://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
Helmut Hinz Grenzsituationen in Psychoanalysen .....	10
Bernd Nissen Der Aufbruch des Autistoiden ins Psychotische. Am Beispiel einer inzestuösen Perversion .....	39
Ingrid Pohl »Mehr geht grade nicht«. Aus einer Psychosebehandlung ...	69
Daniela Saalwächter Rezension .....	90
Die Autoren .....	96



## Editorial

»Der Mystiker schwimmt über den See, in dem der Psychotiker untergeht«, zitierte ein schizophrener Patient, als er nach einem Aufenthalt auf einer geschlossenen psychiatrischen Station wieder regelmäßig zu seinen Therapiesitzungen kommen konnte. Nach diesen Wochen der Trennung drängten sich – noch stärker als sonst – grundlegende Fragen auf: Als was erlebte der Patient die Therapie, wer oder was war der Analytiker für ihn? Welche Bedeutung hatte der Patient für den Therapeuten und seine innere Situation? Hatte er den Patienten in dieser Phase »untergehen« lassen, dabei hilflos-distanziert am Ufer gestanden oder gar (mystisch-theoretisierend) »schwimmend« psychotisch gemacht? Das zu bedenken oder gar darüber zu sprechen, erschien über lange Zeit »unvorstellbar«, existentiell bedrohlich – und doch so nötig! – zu sein.

In dieser Ausgabe des *Forums der psychoanalytischen Psychosentherapie* befassen sich erfahrene Psychoanalytiker mit vergleichbaren Grenzsituationen in Psychosentherapien. Die Autoren schildern in bemerkenswert offener und präziser Weise Situationen und Behandlungsverläufe, in denen sich elementare Ängste und ihre Abwehr unvermeidbar und naturgemäß einstellen. Es werden hier allerdings nicht nur die gravierenden Verwirrungen thematisiert, Verwicklungen, die augenfällig als verrücktes Denken und Handeln die therapeutische Beziehung erfasst haben. Vor allem die subtileren, zunächst unbemerkten Formen einer grenzüberschreitenden Kommunikation erschei-



nen untersuchenswert: Durch die in ihnen wirksamen (meist projektiv-identifikatorischen) Kräfte gerät der Analytiker mit seinen Patienten in Grenzbereiche, in denen es erträglicher empfunden wird zu agieren, als zu denken.

Dies schreibt Helmut Hinz im ersten Beitrag dieses Bandes und befasst sich eingehend mit den aus solchen Verwicklungen resultierenden Verhaltensweisen des Analytikers. Der Patient kann sich diesen Situationen – so belegen Hinz' klinische Beispiele – in seiner unbewussten Erwartung dem Objekt gegenüber aktuell bestätigt fühlen, weil sich das Objekt (der Analytiker) tatsächlich der Erwartung entsprechend verhält: »Was der Patient wähnt, ist durch die Verwicklung des Analytikers mehr oder weniger Wirklichkeit geworden. Der Wahn erhält Nahrung und Auffrischung durch einen aktuellen Wahrheitskern.« Dieser Wahrheitskern des Wahnes, von dem schon Freud schreibt, liege »nun nicht nur in der Vergangenheit, sondern simultan auch in der Gegenwart«.

Bernd Nissen illustriert beeindruckend anhand einer Behandlungssequenz, wie die autistoide Einkapselung einer Patientin aufgebrochen wird. Die dadurch freigesetzten konkretistischen, psychotischen Elemente stellen den Analytiker vor enorme behandelungstechnische und konzeptuelle Schwierigkeiten. Nissen beschreibt den Weg aus der »autistoiden Verbannung« zu einer zunehmenden Ich-Nicht-Ich-Differenzierung über die Involvierungen des Analytikers, in der »die Sicherheit verloren [geht], dass das Geschehen eine Progression, eine Verarbeitung ist und nicht in einer psychischen und manchmal auch physischen Zerstörung mündet«. Hierbei komme dem Analytiker phasenweise die Funktion einer »hüllenhafte[n] Sicherung« zu.

Der dritte Beitrag dieses Bandes zeigt – und das wird möglicherweise viel zu selten hervorgehoben, weil es als selbstverständlich erachtet wird – den für ein entwicklungsförderliches Containment unabdingbaren Faktor »Zeit«. Ingrid Pohl vergleicht hierin die therapeutische Arbeit – in einer Situation, in der Neurotisches und Psychotisches wie auch Analytiker und Patient immer wieder nicht eindeutig voneinander abgrenzbar sind – mit einer

langwierigen Landgewinnung. Durch die Darstellung einer langjährigen und hochfrequenten Psychosenbehandlung – insbesondere der beiden Vignetten, zwischen denen 3 Jahre Analyse liegen – belegt Pohl, wie sich allmählich »Verbindungen zwischen solchen inselhaften seelischen Gebieten herstellen, die anfangen, sich miteinander zu vernetzen, und in das psychotische Chaos hineingelagert werden«.

Daniela Saalwächter untersucht in ihrer Rezension des Buches »Gegenübertragung und Psychose« von Jürgen Thorwart eingehend die theoretische Konzeptionalisierung des Gegenübertragungsbegriffs. Interessant erscheint im hiesigen Kontext vor allem, welche Bandbreite von (auch unbewussten) Vorstellungen sich auftut, wenn die einzelnen Therapeuten von der Gegenübertragung in ihren analytischen Psychotherapien sprechen. Saalwächter betont, dass die Ergebnisse dieser qualitativen Studie dazu einladen, »die eigene Arbeit an und mit der Gegenübertragung immer wieder zu beforschen«.

Norbert Matejek  
Thomas Müller

Helmut Hinz

## Grenzsituationen in Psychoanalysen

In Psychoanalysen im engeren Sinne, wie auch in anderen Feldern psychoanalytischer Tätigkeit, kommen regelmäßig bestimmte schwierige Konstellationen der Übertragung und Gegenübertragung vor. Sie stellen den Psychoanalytiker vor große Herausforderungen, da sie zu leidvollen oder gefährlichen Krisen, ja zu Entgleisungen der Behandlung der Behandlung führen können. Wenn es jedoch gut geht, können diese schwierigen »Knotenpunkte« (Freud, 1900a, S. 600) bzw. »Verdichtungen«, die nach Schneider als »Knoten der Unmöglichkeit von Veränderung« (Schneider, 2003, S. 118) erfahren werden können, Wendepunkte sein in Richtung auf seelische Veränderung und seelische Entwicklung.

Diese Konstellationen entstehen durch intensive projektiv-identifikatorische Prozesse, die sich in subtilen oder weniger subtilen Formen von Verwicklung zwischen Analytiker und Analysand manifestieren. Mit Verwicklung ist gemeint, dass aufgrund eines Handlungsdrucks, oder Aktionspotenzials, die projektiver Identifizierung inhärent sind, der Analytiker dazu tendiert, Verhaltensweisen zu zeigen, die Beziehungsmuster des Patienten wiederholen, statt diese samt ihren unbewussten Agenten, den archaischen Phantasien, ins Bewusstsein zu heben. Als Folge davon fühlt sich der Analytiker beispielsweise gezwungen, anders zu intervenieren als mittels eines Deutungsangebots. Oder seine Interventionen bleiben zwar im Bereich verbaler Kommunikation, sind aber aufgeladen mit nicht genügend der Reflexion zugängli-

chen druckvollen Affekten. In beiden Fällen fühlt sich der Patient aktuell bestätigt in seiner unbewussten Erwartung dem Objekt gegenüber, weil sich das Objekt tatsächlich der Erwartung mehr oder weniger entsprechend verhält. So tritt dann eine komplexe und paradoxe Konstellation in Kraft. Der Patient nimmt zumindest unbewusst zutreffend wahr, dass die entstandene Beziehung zum Analytiker/Arzt/Psychiater sich seiner archaischen Objekt-Beziehungs-Phantasie annähert, und das bedeutet, er kann seine Vorstellungen von seinen Wahrnehmungen in diesem Moment nicht mehr unterscheiden. Was der Patient wähnt, ist durch die Verwicklung des Analytikers mehr oder weniger Wirklichkeit geworden. Der Wahn erhält Nahrung und Auffrischung durch einen *aktuellen Wahrheitskern*. Dieser Wahrheitskern des Wahnes (Freud) liegt nun nicht nur in der Vergangenheit, sondern simultan auch in der Gegenwart.

Zahlreiche klinische Arbeiten beschäftigten sich mit diesen Wirkungen der projektiven Identifizierung. Obwohl diese Konstellationen analytisch-psychotherapeutisch schwierig zu bewältigen sind, können sie dennoch im günstigen Fall helfen, sprachlich nicht Kommunizierbares an ein aufnahmebereites Objekt zu vermitteln, um von diesem transformiert oder entgiftet zur Wiederaufnahme zur Verfügung gestellt zu werden. Im weniger günstigen Fall wird projektive Identifizierung jedoch vorwiegend als Mittel zur Entlastung und zur Befreiung von unerträglichen Erfahrungen benutzt. Hier handelt es sich um so beängstigende und belastende Erfahrungen, die so schwer erträglich sind, dass sie fast ausschließlich ausgestoßen und vorwiegend gewaltsam in das Objekt projiziert werden. Deshalb sind sie auch womöglich vom Analytiker kaum transformierbar. Ob dennoch Transformationen und Entgiftung mehr oder weniger gelingen, hängt selbstverständlich auch ab von der Aufnahme- und Umwandlungskapazität des Empfängers der projektiven Identifizierung, also vom Analytiker.

Meine in diesem Beitrag zusammengestellten klinischen Beispiele für schwierige Analysekonstellationen stammen alle aus Psychoanalysen, mit der Ausnahme einer Patientin, die auf

einer geschlossenen Station psychiatrisch behandelt wurde. Sie war dort unter der Diagnose einer Manie aufgenommen gewesen. Es folgen weitere knappe Darstellungen aus der Psychoanalyse einer 28-jährigen durch eine angeborene Missbildung früh traumatisierten Patientin mit einem Borderline-Syndrom sowie einer 29-Jährigen, durch frühe außerfamiliäre Betreuung beeinträchtigt mit vorwiegend versteinert-depressiver Erstarrung. Außerdem aus der Behandlung einer bulimischen 24-Jährigen, die früher wegen Anorexie in stationärer Behandlung gewesen war und in der Analyse zeitweise die Intensität psychotischer Übertragungen zeigte, und weiter aus der Behandlung eines hochintelligenten 30-jährigen Mannes, der, zu früh geboren, einige Wochen im Brutkasten verbringen musste und später wegen Angst und Depression weder eine Berufstätigkeit verantwortlich aufnehmen noch eine Beziehung vertiefen konnte. Das letzte Beispiel handelt von einer Mitte 30-jährigen Frau, mit einer schweren mental-promiskuuösen Manie und Agoraphobie, die bereits als Kind narzisstisch und sexuell missbraucht worden war.

## Klinische Beispiele

Eine hübsche 20-Jährige mit sinnlichem Gesicht und anziehend geschminkten Lippen war mehrere Wochen in einem nicht unangenehmen, maniformen Zustand auf der geschlossenen Station einer psychiatrischen Universitätsklinik. Ich erinnere mich, wie sie am Leben auf Station und an den Therapieangeboten irgendwie teilnahm oder auch nicht teilnahm, ohne zunächst dem Team oder mir (damals Stationsarzt) als besonders krank oder schwierig aufzufallen. Allmählich jedoch zeigte sich deutlicher, dass es nicht möglich war, an sie heranzukommen. Sie schwebte über den Dingen und lehnte Arztgespräche und medikamentöse Behandlung ab. Und sie weigerte sich auch, zu mir ins Arztzimmer zu Gesprächen zu kommen. Meine Versuche misslangen, sie von der Sinnfälligkeit eines Arztgespräches und einer medikamentösen Behandlung zu überzeugen. Das Stationsteam wurde

nach einigen Wochen ungeduldig und meine Beziehung zu dieser Patientin geriet immer mehr zu einem lächerlichen, wirkungslosen, konkreten Ihr-hinterher-Laufen und An-ihr-Abblitzen. Ein Höhepunkt war, wie sie, im Stationsflur bäuchlings auf der dort stehenden Tischtennisplatte, Unterschenkel und Füße lässig nach oben geklappt, Kopf hoch, mich über ihre Schulter anschauend, mir einmal mehr triumphierend zu verstehen gab, sie würde nichts von mir annehmen.

Durch eine Supervision, in der ich berichten konnte, der Vater der Patientin mache sich manchmal abends im Vorraum der separaten Wohnung an seiner Tochter zu schaffen, begriff ich endlich. Dem Supervisor war die Verknüpfung Vorraum = Vorhof des weiblichen Genitales gelungen und er konnte mir verständlich machen, dass ich in einer *folie à deux* mit dieser Patientin verstrickt war. Nicht nur die Patientin, sondern auch ich konnte nicht mehr unterscheiden zwischen einer notwendigen ärztlichen Handlung und deren Durchsetzung und sexueller Aufdringlichkeit/inzestuöser Verführung/Vergewaltigung. Nachdem ich das in mir hatte klären können, war ich ruhiger und konnte der Patientin Folgendes mitteilen: Ich weiß, dass es keine Vergewaltigung ist, wenn ich auf Gesprächsterminen im Arztzimmer und auf der Einnahme eines Medikaments bestehe. Dadurch änderte und beruhigte sich die gesamte Situation beeindruckend rasch und nachhaltig. Sie war bald bereit, ein Neuroleptikum einzunehmen, und deutlich erinnere ich, wie sie erstmals das Arztzimmer betrat, noch ängstlich und dabei den Eindruck formulierend, der Boden des Raumes sei abschüssig. Das ist vermutlich ein Bild für ihre noch vorhandene, jetzt eher verbalisierbare Angst vor Entgleisung, der Befürchtung, im Kontakt mit mir abzurutschen und zu einem gefallenem Mädchen zu werden.

Das zweite Beispiel handelt von einer Studentin, die mit einer körperlichen Fehlbildung, einer Analtresie, zur Welt gekommen war. Ihr Darmausgang war zu eng und musste bougiert werden, um die Darmentleerung zu ermöglichen. Eine Operation, die im 4. Lebensmonat durchgeführt werden konnte, behob dieses Pro-

blem. Nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus war sie jedoch verändert gewesen und erkrankte an einer schweren Bronchitis, die wieder stationär behandelt werden musste. Ihre ersten Lebens-, Körper- und Beziehungserfahrungen waren zunächst also durch Penetrations- und Trennungstraumata charakterisiert: abdominaler schmerzhafter Druck, anales schmerzhaftes Eindringen und folgende heftige Darmentleerungen dürften sich abgewechselt haben. Diese Körper-Ich- und Objektbeziehungserfahrungen kombinierten sich mit dem Verlusttrauma, dem Wegfall der gewohnten Umgebung und der Primärbeziehung. Dieses Verlusttrauma wird wiederum wie Penetration und Überwältigung durch große Affekt- und Erregungsquantitäten erlebt worden sein, die das sich entwickelnde Ich zum Einsturz bringen konnten. Die Patientin suchte dann zwischen ihrem 20. und 30. Lebensjahr eine Analyse, weil sie weder mit noch ohne Beziehung zu einem Mann leben konnte. Sie hatte, als sie zu mir kam, eine große Zahl von Erstinterviews auch bei erfahrenen Psychoanalytikern hinter sich, ohne je eine Vereinbarung treffen zu können.

Etwa im 6. Jahr der Analyse mit mir spitzte sich ein sadomasochistischer Übertragungs-Gegenübertragungs-Konflikt so zu, dass ich unter ihren Angriffen zunehmend litt. Allmählich konnte ich ihre Entwertungen nicht mehr ertragen und verstand nicht, warum diese Attacken anscheinend endlos fortgesetzt werden mussten, und konnte dann natürlich auch keine ausreichende deutende Haltefunktion mehr zur Verfügung stellen, der dieses repetitive Beziehungsgeschehen, das hoffnungslos, hilflos und ärgerlich machte, vielleicht hätte aufheben können. Schließlich suchte ich Zuflucht bei der Intervention: *Ich will nicht mehr, dass Sie so mit mir umgehen* (Hinz, 1989, S. 624). Diese Intervention bremste ihre ununterbrochene, aufgewühlte verbale Gewalttätigkeit deutlich ab.

Einige psychoanalytische Kollegen, auch erfahrene Lehranalytiker, fanden diese Intervention notwendig und hilfreich: zum Beispiel im Sinne einer Setzung oder Antwort, in der ich spürbar werden konnte. Ein mir besonders wichtiger analytischer Leh-

rer brachte Bedenken zum Ausdruck, diese Intervention, die aus der Not geboren sein mochte, könnte von mir als neue Behandlungstechnik verkannt werden. Ich benötigte fast ein Jahrzehnt, diese Analyse war bereits längere Zeit beendet, bis ich klarer sah, dass ich damals zu wenig Erfahrung und Fähigkeit hatte, meine und ihre latente Hoffnungslosigkeit wahrzunehmen und auszuhalten, und nicht genug Kenntnisse über mögliche Ursachen fortdauernder sadistischer Gewalt. Obwohl ich Freuds Konzept *Verbrechen aus Schuldgefühl* (Freud, 1916d, S. 364) kannte, hatte ich nicht begriffen, dass Ansätze zur depressiven Position, also seelische Entwicklung, massiv behindert werden können durch *Gewalttätigkeit als Abwehr gegen Schuld*. Mit anderen Worten, ich hatte die Bedeutung *paranoider Abwehr gegen Schuld* nicht ermessen können. Erst diese Denkfigur scheint mir nachträglich einen deutenden Ausweg aus der damaligen Sackgasse zu weisen. Meine Patientin hat sicherlich mehr oder weniger bewusst meine begrenzte deutende Haltefunktion wahrgenommen und tolerieren müssen und damals ein Stück ihrer Hoffnung aufgegeben, verstanden zu werden und verstehen zu können, und damit die Analyse innerlich vor ihrem faktischen Ende beendet.

Nun komme ich zum dritten Beispiel. Schon in der Anfangszeit der Analyse einer 29-jährigen depressiven Frau war ich tagelang in einer auffälligen Verfassung. In den Stunden mit dieser Patientin hatte ich nicht nur die Idee, sondern auch den intensiven Wunsch und Impuls, ihr ein kleines Buch zu schenken. Dieses Büchlein ist eine Einführung in die Psychoanalyse, ins Russische, ihre Muttersprache, übersetzt. Wegen einer geringen Mitwirkung meinerseits an diesem Bändchen hatte ich einige Belegexemplare, ohne auch nur eine Zeile lesen zu können. Zu meiner eigenen Überraschung und Verwirrung kam mir diese Idee freundlich und liebenswürdig, ja sogar analytisch sinnvoll vor: Hatte meine Patientin doch ihre Heimat, Mutter und Vater weit weg und wirkte so kindlich verlassen auf mich, dass eine Verbindung mit ihrer Muttersprache und ein kleines Geschenk, das mit Psychoanalyse und mit mir zu tun hat, sich als Mittel darstellen wollten, ihr eine