Das gescheiterte Ich oder ... wie Sand ... und in der Stunde Halt

Maribel Fischer (Zürich)

Zusammenfassung: Der Beitrag baut auf einer kasuistischen Argumentationsführung auf und schildert den Verlauf einer langjährigen, hochfrequenten, psychoanalytischen Psychotherapie mit einer psychotischen Patientin. Die schillernde Symptomatik, der zeitweise Verlust des Sprechens und Sehens, das intensive Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen und die Gestaltung der Beziehung, sowie der Einbezug moderner vernetzter psychiatrischer Behandlungsmethoden werden besprochen. Als entscheidend zur Aufrechterhaltung des ambulanten Settings und der hochfrequenten Psychotherapie erwies sich der Einbezug des psychiatrischen Case Managements und die immer wieder herzustellende analytisch gleichmütige Haltung. Die schwierigste und wichtigste Anforderung war die Handhabung der Übertragung unserer psychoanalytisch orientierten Therapie. Mein Anliegen ist es, zu zeigen, dass psychoanalytische Psychotherapien gerade bei Menschen mit Psychosen sinnvoll sind.

Schlüsselwörter: Psychose, schizoprotektive Vorgänge, Technik der Psychoanalyse, vernetzte Behandlungsmethoden, Rolle der Institutionen

1 Frau P

Frau P kam nach einem längeren Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zu mir. Sie war zu Beginn unserer Psychotherapie dreissig Jahre alt und Mutter einer fünfjährigen Tochter. Während der ersten drei Jahre unserer Therapie wohnte sie mehrheitlich selbständig mit ihrer Tochter in einer Wohnung. Nach mehrmonatigen Aufenthalten in einem somatischen Spital und in einer psychiatrischen Klinik lebte sie drei Jahre in einem Alters- und Pflegeheim, ihre Tochter bei ihrer Gotte. Kurz nachdem die Patientin, ihrem grossen Wunsch entsprechend, wieder selbständig in eine kleine Wohnung ziehen konnte, verstarb sie an den Folgen einer Stoffwechselstörung.

Frau P wandte sich heftig und anklammernd an mich als ihre Therapeutin, idealisierte mich, verzieh mir jede Enttäuschung und bezeichnete mich als ihren

Engel. Ihr Leiden und ihre tiefe Einsamkeit, ihre einzige Liebe, die ihrer kleinen Tochter galt, waren von Anfang an spürbar gewesen und wurden bereits im Erstgespräch thematisiert. Frau P beschrieb ihre Lebensgeschichte als eine Abfolge von traumatisierenden Ereignissen. Sie sei bereits als Säugling vom leiblichen Vater pervers-sexuell und gewalttätig missbraucht worden, später durch den Stiefvater und dessen Freunde. Ihre Mutter habe trotz zahlreichen und offen blutenden Wunden nichts unternommen. Sie habe Frau P bis heute ausgenutzt, gedemütigt und verspottet. Während der Schule und der Ausbildung sei sie mehrfach durch Autoritätspersonen vergewaltigt worden und habe verschiedene lebensgefährliche Unfälle erlebt.

Frau P lebte einige Jahre alleine, in der Nähe ihres Arbeitsortes, wo sie angestellt war. Die einzige kurze Beziehung hatte Frau P mit einem ausländischen Mann, der sie unmittelbar nach der Heirat und der Geburt ihrer gemeinsamen Tochter verliess. Frau P zog zu ihrer Mutter. Nachdem sie ihr über Jahre im Haushalt und bei ihrer Lebensführung geholfen habe, habe diese sie bei der Gemeinde mit einer Gefährdungsmeldung angezeigt. Frau P lasse den Haushalt verwahrlosen und vernachlässige ihre Mutterpflichten.

Die Schwere ihrer Erkrankung und die vielfältige Psychopathologie enthüllten sich erst über die Jahre: massive Selbstverletzungen, dissoziative und fragmentierte Zustände, schliesslich wahnhaftige Ideen. Frau P verbarg dies gegen Aussen, so gut sie konnte. Ich als ihre Therapeutin hingegen wurde überflutet von archaischen und schrecklichen Lebenswelten, deren Gegenstück die Verehrung und Dankbarkeit der Patientin für mich war. Ich liess mich weitgehend leiten von ihrem Wunsch und ihrer Hingabe zur Psychotherapie und reagierte mit einer hohen Verfügbarkeit. Frau P konnte mir jederzeit E-Mails und SMS schreiben, allerdings ohne von mir eine Antwort zu erwarten. Zudem bot ich ihr eine hohe wöchentliche Stundenzahl an. Eine schwere Stoffwechselstörung hatte die stückweise Amputation eines Beines und eine zunehmende Sehschwäche zur Folge. Die damit verbundenen stationären Aufenthalte erforderten meine Kontaktaufnahme mit den ärztlichen und pflegerischen Bezugspersonen. Da Frau P oft kaum reden konnte, ihre mächtige Innenwelt nur mir anvertraute und ansonsten für sich behielt, brauchte sie mich als ihre Übersetzerin in seelischen wie sprachlichen Belangen.

Zu meiner grossen Entlastung konnte das psychiatrische Case Management die Organisation und Koordination der notwendigen Kontakte innerhalb des grossen Helfernetzes übernehmen. Dies ermöglichte Frau P und mir, im gewohnten Setting unsere hochfrequente Psychotherapie weiter zu führen.

Frau P ertrug die somatische Erkrankung, die Operationen, den Verlust ihres Beines und ihrer Sehkraft und auch ihren Aufenthalt als junge Frau im Alters- und Pflegeheim klaglos. Sie war eher erleichtert, dass ihre Leiden auf diese Weise sichtbar wurden. Es war «nichts» im Vergleich zum Schrecken ihrer inneren, fragmentierten Welt und zu ihrem grossen Kummer, ihre Tochter nicht bei sich haben zu können.

Die rund sieben Jahre dauernde Behandlung wurde in der Regel zu drei Stunden à 50 Minuten im Sitzen durchgeführt. Während der ersten Jahre kam Frau P stets viel zu früh in die Praxis, sass regungslos im Wartezimmer, die Arme verschränkt, den Blick auf den Boden gerichtet. Im Behandlungsraum setzte sie sich in der gleichen Haltung aufs Sofa und versuchte zu sprechen. Bei der Begrüssung und beim Abschied jedoch schaute sie mir mit aufmerksamem, ernstem und festem Blick in die Augen. Dieser Ablauf setzte sich während all der Jahre genau so fort. Im Spital, in der psychiatrischen Klinik und im Alters- und Pflegeheim legte Frau P grössten Wert darauf, dass wir alle unsere Stunden durchführten und organisierte in den jeweiligen Institutionen Räume, in denen wir ungestört arbeiten konnten. Sie erwartete mich jeweils in ihrem Krankenzimmer und ich schob sie im Bett oder im Rollstuhl in das für uns reservierte Besucherzimmer. Wenn immer es der gesundheitliche Zustand von Frau P erlaubte, führten wir die Sitzungen in meiner Praxis durch. Dies war der einzige Ort, an dem sich Frau P entspannen konnte, ein wenig Ruhe fand.

Die vielen Jahre der Therapie, die schwere Vergangenheit und das erschütternde Leid von Frau P, aber auch ihre kreativen, vitalen und überaus kräftigen Seiten bringen es mit sich, dass dieser Bericht lediglich eine kleine Auswahl an Themen darstellen kann. Ich möchte anhand ausgewählter Situationen in der Therapie zeigen, dass Frau P in der psychoanalytischen und psychotherapeutischen Beziehung zu mir Entlastung fand innerhalb einer ansonsten überwältigenden und bedrohlichen Welt.

2 Psychopathologisches und Diagnostisches

Frau P litt an einer Psychose. Psychose ist ein Sammelbegriff, nach Scharfetter (2012) ein «transnosologischer (diagnosen-überschreitender) Begriff für jede Art schwerer psychischer Störung mit Verlust des Realitätssinnes, der Orientierung im weitesten Sinn (d.h. über Aussen- und Innenwelt) und entsprechender Dysfunktionalität» (2012: 126). Sie bezeichnet «nicht nur Wahn (...) und schon gar nicht nur (...) schizophrene Syndrome mit Denk- und Ich-Störungen. Auch Dämmerzustände, Delirien, Fugues, schwere Affektveränderungen (Manie,

Depression, Wut, Triebdurchbrüche), ichentfremdete Trance mit Automutilation sind psychotisch zu nennen» (2012: 129).

Zu Beginn der Psychotherapie schienen bei Frau P eine depressive Symptomatik, Antriebsstörungen, Angst und Suizidalität vordergründig zu sein. Bald berichtete Frau P von extremen, perversen, inzestuösen und gewaltsamen Traumatisierungen in der Kindheit. Das legte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung respektive einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung nahe. Allmählich offenbarte sich jedoch, dass nicht alle Erinnerungen tatsächlich stattgefundenen Ereignisse sein konnten. Zur Gewissheit, dass manche Berichte Phantasien waren, brauchte es Jahre. Frau P liess sich nicht in Widersprüche verwickeln und war eine geschickte Erzählerin. Im dritten Behandlungsjahr eröffnete sie mir die Existenz verschiedener Personen in ihr. Zugleich klagte Frau P über autistische Zustände, in denen sie sich wie «in einem Zylinder» oder «unter einer Glasglocke, abgeschnitten von der Welt, einsam und verlassen im All» fühlte oder von Ängsten überwältigt wurde, «innerlich zerrissen zu werden oder zu implodieren». Frau P dissoziierte in den Nächten, in denen sie schlaflos zu Hause war, und erlebte auditive und haptische Halluzinationen.

Frau P verletzte sich selbst; sie schnitt sich in die Arme und in den Bauch, schlug mit dem Kopf an die Wand und riss sich die Haare aus. Verschiedene Betreuungspersonen beobachteten ein manipulatives, selbstzerstörerisches Verhalten in Zusammenhang mit der Stoffwechselerkrankung. Die letzten Jahre existierte eine über zwei Jahre dauernde phantasierte Schwangerschaft mit schliesslich acht tot geborenen Babies, welche mit ihr im Zimmer herum schwebten. Dies war klar als Wahn erkennbar. Dieser Wahn bietet Schutz, denn wenn «sowohl die innere Grenze zum Unbewussten wie die äussere Ich-Grenze durchlässig und beide im Extremfall des Wahns auch aufgehoben sein können, wird klar, dass Angstausslösendes weder über Verdrängung oder Verleugnung noch mittels Projektion, projektiver Identifizierung und Spaltungsvorgängen allein (...) abgewehrt werden kann» (Rom 2007: 67). Der paranoide Wahn ist dann «Garant des Seins» (ebda). Manche als traumatisch erlebte Episoden der Patientin können Phantasie sein, müssen aber nicht. Von erlebten Traumatisierungen in der Kindheit ging ich aus. Ich konzentrierte mich jedoch nicht auf die Überprüfung der Wahrheit, sondern auf die Funktion der erzählten Geschichten. Diese boten Frau P die Möglichkeit, ihre Angst und ihr Leiden, als Opfer verfolgt und missbraucht zu werden, mitzuteilen.

In den Institutionen wurde Frau P als Borderline oder als Dissoziative Identitäts-Störung diagnostiziert, dafür sprachen ihre Selbstverletzungen und die

heftigen Reaktionen mit Teamsplitting, die sie bei den Betreuenden hervorrief. Entscheidend scheint mir der von Scharfetter (2009) formulierte Unterschied des Ich-Zustandes: Während bei der Borderline-Störung sich das Ich wie Quecksilber aufteilen, und dann wieder zusammenfliessen kann, ist das Ich beim schizophrenen Syndrom fragmentiert, zersplittert wie Glasscherben, die nur in einem aufwändigen Schmelzungsprozess wieder zusammengefügt werden können. Es schien mir eindeutig, dass zwar Frau P mit äusserster Anstrengung ihr fragmentiertes Ich, das sie als «nichts» oder «wie Sand» bezeichnete, verbergen konnte, dass sie jedoch niemals sich selber als Ganzes erlebt hatte. Rom (2007) betont die bei der Schizophrenie starre, spröde und zum Bersten gespannte Ich-Grenze, der im Unterschied zu der Borderline-Erkrankung jegliches «Fluktuationspotenzial und Flexibilität» (2007: 29) fehlt.

Scharfetter (2009) vertritt ein dimensionales Konzept von Übergängen von gesund zu krank und von quantitativen Dimensionen des Krankseins. Die «vergleichende Gegenüberstellung von schizophrenen Syndromen und Dissoziativer Identitäts-Störung bedeutet *nicht* eine kategoriale Trennung». Die «Schizophrenien haben keine klare Grenzen – das haben schon Kraepelin und Bleuler und ihre frühen Kritiker gewusst» (2009: 192). Die Schwere der Erkrankung von Frau P deutet somit auf die Diagnose eines schizophrenen Syndroms. Jedoch: «Diagnoseorientierte Psychopathologie richtet sich auf die Krankheit, nicht auf den Kranken» (Scharfetter 1990: 69). Wegweisend war für mich das Konzept der frühen Störung, die ein schwaches Ich impliziert. Ein Ich, das ohne Schutz und ohne Abwehr vom Unbewussten überflutet wird; ein Ich, das «gescheitert» ist. Scharfetter (2012) führt aus: «Scheitern (...) gehört zum Substantiv Scheit, das ein Stück Holz bezeichnet (...). Im Griechischen steht schizein (spalten/trennen), schisma (Spaltung), vgl. Bleulers Terminus Schizophrenie» (2012: 9). Scheitern stelle «Negatives fest: jemand verfehlt sein Ziel; eine Unternehmung misslingt, ein Vorhaben schlägt fehl. Eine Person, Subjekt des Ich/Selbstseins, dekompenziert, zerbricht» (ebda). Dementsprechend war meine therapeutische Aufgabe, ihr Ich zu stützen, sie zu begleiten, ihr als idealisiertes Objekt zur Verfügung zu stehen und als wohlwollende Therapeutin die verschiedenen Welten zu verbinden, damit ihr Leben erträglicher wurde. Die Psychotherapie sollte das Leid von Frau P mildern und ihr ein «subjektiv lebbares Leben» (Rom 2007: 37) ermöglichen. Das hiess, Frau P in ihren Wünschen nach Selbständigkeit und Zusammensein mit ihrer Tochter ernst zu nehmen.

3 **Prekäre Mitteilungen**

Frau P wollte reden, wurde aber durch eine Blockade gehemmt. Sie konnte nicht «mit-teilen» weil sie so weit weg war, sich fremd und einsam, ohne Faden, ohne Kontakt fühlte, weggeschleudert von der Welt, im All, nicht sich konsistent fühlend, sondern in kleinste Teile zersplittert, wie Sand. In der Stunde fand sie Halt, auch ohne verbindende Worte. Sie fand andere Wege, mir von ihrem schrecklichen Erleben zu erzählen.

3.1 *Von der Unfähigkeit zu sprechen*

Frau P brachte in den Sitzungen oft nur wenige Worte hervor. Manchmal erzählte sie zu Beginn der Stunde zwei, drei Sätze, um dann für den Rest der Sitzung zu verstummen. Während manchen Sitzungen sagte sie gar nichts. Sie sass starr, manchmal zitternd und stöhnend vor Anspannung mir gegenüber. Sie wollte erzählen, aber es gehe nicht, weil nichts «raus» käme, wie ein «Stein vor der Höhle» sei es. Gefühle könne sie nicht empfinden, Gedanken könne sie nicht halten, alles sei durcheinander und dazwischen schreie es, aus der Haut fahren möchte sie.

3.2 *Bilder und Texte*

Was sie nicht sagen konnte, teilte sie mir auf andere Weise mit. Sie brachte Zeichnungen mit, in denen die schrecklichen Horrorszenarien der von ihr berichteten Missbrauchssituationen dargestellt wurden. Nach abgebrochenen Erzählungen in der Stunde übergab sie mir sorgfältig geschriebene Briefe, in denen sie ihre Befindlichkeit schilderte und die Berichte weiterführte. Die Texte waren lebendig und packend geschrieben, grammatikalisch korrekt und fehlerlos. Besonders war, dass das Wort «Ich» fehlte. Entsprechend konnte Frau P ihre Texte in unseren Sitzungen nicht vorlesen, wie ich es immer wieder vorgeschlagen hatte, um das «Material» in die Stunden zu holen. So las ich in meiner Funktion des Ergänzungs-Ichs (Heimann 1957: 408) die Briefe vor und kommentierte, worauf Frau P manchmal ins Gespräch einsteigen konnte. Ich betonte, dass es eine gute Idee sei, dass Frau P einen Weg gefunden habe, mir etwas mitzuteilen, und nicht einsam verzweifle. Konkretistisch wünschte ich ihr, sie könne ein wenig das Schwere hier in diesem Raum «liegenlassen» oder verstauen, sich frei machen davon.

Am wichtigsten jedoch waren die bereits erwähnten Mitteilungen per SMS, die mich überfluteten, an manchen Tagen erhielt ich bis zu 30 davon. Es war mit der Patientin klar abgesprochen, dass ich die Mitteilungen nicht beantworten würde, sondern sie lesen, aufbewahren und dann in die Stunde nehmen würde.

Allerdings gab es vereinzelt derart verstörende Mitteilungen, dass ich zu meiner eigenen Beruhigung kurz mit Frau P Kontakt aufnehmen musste.

Es waren Berichte von schrecklichen, furchtbaren Erlebnissen und massive Suizidankündigungen. Aber auch wirre, fremde Wortfetzen, die ich nicht verstand. Das waren Zeichen aus einer Welt, in der sie in einem anderen Bewusstseinszustand war. Frau P schrieb, es helfe ihr, die Verbindung zu mir zu halten: «...wenn SMS schreibe, Kontrolle ob Sie noch da sind, und wenn SMS weggeschickt, haut es mich wieder weit weg».

Es waren auch fröhliche und helle Bilder. Sie zeichnete Blumen, ihre Tochter, mich, den Ort, wo sie aufgewachsen war und immer wieder Engel. Sie schrieb mir liebevolle SMS, wenn ihr etwas gelungen war, und dankte für mein Dasein für sie. Ich war froh, hatte Frau P die Kraft und den Mut, mich auf diese Weise für sich brauchen zu können. Später erst konnte Frau P meine Stimme verinnerlichen und schrieb mir, sie könne mich in ihr drin laut «nein nein» schreien hören, wenn sie den Drang verspürte, sich mit dem Rollstuhl unter den Bus zu werfen.

3.3 *Geschenke*

Ebenfalls überschwemmt wurde ich von Geschenken: wunderbare selbstgefertigte Blumengestecke, gesunde Esswaren, selbstgestrickte Schals im Winter, selbstgefärbte Seidenschals im Sommer. Tonfiguren, die unsere Beziehung thematisierten. Eine grosse schützende Hand etwa, in der eine Kugel liegt. Sie beschrieb sich manchmal als Kugel, ohne Arme und Beine, im All herumfliegend «weit weg», ohne Kontakt, nicht hier bei uns auf der Erde. Es war klar, ich erkannte die Kugel, die sie war und die schützende Hand, die mich darstellte. Das war unsere Beziehung.

Es wäre undenkbar gewesen, die Blumen im analytischen Sinn, also die Idealisierung, die Liebe von Frau P nicht anzunehmen. Das wäre nicht abstinert, sondern abweisend gewesen. Schliesslich bedeuteten diese Gaben auch, unsere Beziehung halten zu können im Sinne einer «Bildung von Übergangsobjekten» (Rom 2007: 179). Ich bedankte mich, betonte die gestalterischen Talente von Frau P und freute mich, dass wir nicht nur das Schreckliche ihrer inneren Welt, sondern auch ihre kreativen Seiten zusammen haben konnten. Immer wieder war der Verweis auf diese Ressourcen wichtig und ein Versuch, das dunkle, schwere Leben zu «positivieren», ein Wort, das Josi Rom (2007) von Benedetti (1987) aufnimmt und weiterführt. Frau P sollte in unserer analytischen Beziehung einen «Tummelplatz» finden, auf dem ihr gestattet wurde, «sich in fast völliger Freiheit zu entfalten, und auferlegt ist, uns alles vorzuführen, was sich an pathogenen Trieben im Seelenleben

(...) verborgen hat» (Freud 1914: 214). Ich erinnere meinen Schock bei der Übergabe eines selbst gemachten Engels, den ich extrem hässlich fand, und der ja mich darstellte. Ich bemühte mich, meine aufschliessende Empörung zu verbergen und registrierte gleichzeitig den strahlenden Gesichtsausdruck der Patientin. Nach der Stunde versorgte ich die Figur zuhinterst in der Schublade. Betrachte ich die Tonfigur heute, kann ich meine damalige Empfindung nicht mehr nachvollziehen. Der Engel erscheint mir rührend, aufwendig und liebevoll gestaltet.

3.4 Trennungen

Ein paar Monate lang brach Frau P nach unseren Sitzungen zusammen. Wir verabschiedeten uns in meinem Praxiszimmer, sie trat auf den Gang und fiel der Länge nach hin. Es ging eine Weile, bis ich bemerkte, dass der dumpfe Ton, nachdem ich die Türe geschlossen hatte, bedeutete, dass Frau P gestürzt war. Ich führte sie ins Wartezimmer und brachte ein Glas Wasser. In den Stunden deutete ich die Zusammenbrüche nach unseren Trennungen, dass sie uns damit zeige, wie schwer und bedrohlich für sie der Übergang von unserem stillen und geschützten Raum in die Welt hinaus war. Seither achtete ich besser auf die Abschiedssituationen. Ich schaute Frau P nach, «so wie es Mütter mit ihren Kindern tun» (Rom 2007: 31), bis sie aus Sichtweite der Praxis war. Später, als sie im Rollstuhl kommen musste, begleitete ich sie, im engen Lift knapp hinter dem Rollstuhl stehend, auf die Strasse. Dort legte ich meine Hand auf ihren Arm, verabschiedete sie und schaute ihr ein paar Momente lang nach, wie sie mit der schwarzen Sonnenbrille und manchmal mit nacktem, auffälligem Stumpf in der Fussgängerzone zum Bahnhof rollte. Damit konnten wir ein Stück weit die Praxis, den Ort ihrer inneren Welt, mit der Aussenwelt verbinden. Frau P war jeweils sichtlich zufrieden und verabschiedete sich in heiterer Stimmung.

4 Ohnmächtige Gegenübertragung

Die furchtbaren Berichte der Patientin erschütterten mich. Vor allem in den ersten Jahren unserer Therapie war ich in den Sitzungen oft mit meiner aggressiven Gegenübertragung beschäftigt. Die Überschwemmung durch Berichte aus einer Welt mit lauter verfolgenden, bösen Objekten, in der Frau P als hilfloses Opfer gequält wurde, löste eigene primitive und gewaltsame Phantasien aus. Mich am Sessel festhaltend, stellte ich mir vor, ich würde Frau P mit herablassenden Kommentaren aus der Praxis schicken, wünschte mir das Ende der Stunde herbei und hatte körperliche Spannungssensationen. Meine Ohnmacht und Angst, die manchmal hinter Ärger und Aggression verborgen war, besprach ich mit meinem

Supervisor, Hans Geigenmüller (2005). Wir redeten über die frühen Stadien der menschlichen Entwicklung, das präverbale Geschehen, die paranoide Position, die nicht in eine entspanntere depressive Position gleiten konnte, die angespannte Stimmung, in der keine Empathie, keine Wahrnehmung des Anderen spürbar ist, die sich nur aggressiv entladen kann in einer schrecklichen Einsamkeit, und die eine Wiederholung der frühen Lebenssituation darstellte. Der Supervisor bestand darauf, die Geschichten seien nicht «wahr», aber eben doch «wahr». Er stellte keine gute Prognose, betonte das Ausmass der Krankheit und unterstützte mich, der Patientin gegenüber ruhig, freundlich und gleichmütig zu bleiben.

In den schweigenden Stunden, die ich als Szenerien der «sich ausbreitenden Todeslandschaften» (Benedetti (1987: 227) empfand, half am meisten, mir wohlwollende Figuren vorzustellen: Geigenmüller (2005), der vom «Recht auf Besänftigung» für den Patienten spricht; Scharfetter, der seine Patienten fragt: «Darf ich mit Ihnen atmen?» (1987) und der dem Schweigen des Patienten ein eigenes «versunkenes Schweigen, aber ganze Präsenz» (1990: 223) entgegen halten kann.

War ich gelöst, konnte ich mich an die «rêverie» (Bion (1997: 83) erinnern, ein träumerisches Ahnungsvermögen, in dem sich die Liebe der Mutter zu ihrem Kind äussert. Träumen konnte Frau P nicht, denn die «Festigkeit des Traumas – Bruch, gewaltsamer, plötzlicher und erlittener Einbruch – verbietet die Entfaltung des Traumes, dieses Gewebes von Bildern, um den Platz einer Art Medusenhaut zu überlassen...(…), das Entstehen freier, nach Abfuhr strebender Energie muss bereits gedämpft, ein wenig «gezügelt» sein, damit ein Traum sich bilden kann» (Pontalis 2007: 26).

Frau P sass zitternd da, den Mund tonlos geöffnet und wieder geschlossen, begleitet von einem tiefen Seufzen. Und ich sagte allenfalls etwas Beruhigendes wie «hmmm ... dann sind wir still ... und hängen unseren Gedanken nach ...» und dachte an ein Baby, das noch nicht sprechen kann und Sicherheit braucht durch eine ruhige Bezugsperson. Frau P entspannte sich jeweils augenblicklich. Parallel dazu konnte Frau P mehr erzählen, wie es ihr (er-)ging. Ich litt mit Frau P, versuchte, das Schlimme in Worte zu fassen und mit Frau P das Schwere zu tragen, ohne selbst zu verzweifeln.

5 Zusammenarbeit mit Institutionen

5.1 Einbezug des psychiatrischen Case Managements

Bereits im somatischen Spital willigte Frau P ein, das in unserer Region verfügbare Case Management in Anspruch zu nehmen. Dank einer professionalisierten Versorgungskoordination sollen auch schwer Erkrankte ihren Genesungs-

oder Stabilisierungsprozess ausserhalb der stationären Psychiatrie vollziehen können (Andreae et al. 2001). Dies soll helfen, ein stabiles Netz der verschiedenen Betreuungspersonen um die Patientin zu weben. Finanziert wurde das Case Management zunächst von der Institution, also dem Kanton, die Psychotherapie von der Grundversicherung der Krankenkasse. Später, während des Aufenthaltes der Patientin im Altersheim, wurde eine Pauschale gesprochen für das Case Management wie auch für die Psychotherapie. Die Finanzierung erfolgte dann über die Gemeinde.

Direkten Kontakt hatte ich nur mit den professionellen Behandlungspersonen. Frau P gelang es, ein Zusammentreffen zwischen mir und ihrer Familie zu verhindern, was bei den vielen quasi öffentlichen Wohnorten und meinen regelmässigen Besuchen kein leichtes Unterfangen war. Manchmal verbot sie ihrer Mutter auch, sie im Spital zu besuchen, damit wir uns nicht etwa über den Weg laufen konnten. Die notwendigen Gespräche mit der Familie, den Beiständen von Frau P und ihrer Tochter sowie sonstigen Bezugspersonen führte die Case Managerin durch. Sie unterstützte auf diese Weise unseren intimen, «dualen Raum» (Rom 2007: 125) der Psychotherapie. Frau P fand Vertrauen zur Case Managerin, brauchte dazu aber immer wieder meine Unterstützung. Rasch schilderte sie doch Situationen, in denen sie misstrauisch wurde, sich überfordert, übergangen und als Opfer fühlte.

Im dritten Behandlungsjahr wandten sich während eines Spitalaufenthaltes von Frau P die Chirurgen an mich. Nach einer erneuten Notfallaufnahme wegen des verletzten Stumpfes, der offensichtlich auf Selbstmutilation zurückzuführen sei, empfahlen sie dringend einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. Frau P war entrüstet und wies jegliche Selbstmanipulation weit von sich, ebenso einen allfälligen Klinikaufenthalt. Ich äusserte mich vorsichtig zur Selbstschädigung, bestand aber auf meiner Sorge. «Mir zuliebe», trotz ihrem absoluten Widerwillen, willigte sie in einen Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik ein.

5.2 Die psychiatrische Klinik

Auch in der psychiatrischen Klinik rief die Case Managerin zu Helferkonferenzen mit dem ärztlichen und pflegenden Personal, in denen wir interdisziplinär und gemeinsam mit der Patientin das weitere Vorgehen besprachen und über das Behandlungsprozedere entschieden. Es waren schwere Sitzungen, denn die Fachpersonen in der Klinik sagten Frau P rundheraus, sie würden vermuten, ganz wie die Chirurgen, dass sie nicht nur die Wunden, sondern auch ihren Stoffwechsel

manipuliere. Das sei Selbstmutilation, die professionell, psycho- und pharmakotherapeutisch behandelt werden könne. Frau P zog sich zurück, lehnte alle Angebote ab und wollte schnellstmöglich wieder nach Hause gehen. Sie empfand die psychiatrische Klinik als Zumutung, sie würde schlecht behandelt und die Betreuenden hätten keine Ahnung. Lediglich für die Kunsttherapie, in der sie ihre überschwemmenden Stimmungen zum Ausdruck bringen konnte, fand sie ein gutes Wort. Wie üblich, führten wir auch dort unsere Sitzungen durch. Ein spezieller Vorfall passierte vor einer Trennung, den Weihnachtsferien. Danach konnte Frau P schliesslich ein wichtiges Symptom, von dem ich bin anhin nichts gewusst hatte, mitteilen.

Ich kam zu unserer letzten abgemachten Sitzung vor den Ferien auf die Station und wartete auf Frau P. Sie kam nicht. Der Pfleger wollte Frau P holen, aber er kam alleine zurück und sagte, sie käme bald, habe sie ausgerichtet. Frau P kam nicht. Der Pfleger versuchte zwei weitere Male, sie zu holen, erfolglos. Sie sei am häkeln und sitze zufrieden im Rollstuhl im Zimmer, richtete der Pfleger aus – ich war perplex, konnte es nicht fassen: Frau P liess mich sitzen! Es schien mir ausgeschlossen, nach der Patientin im Zimmer zu sehen. Sie hatte ja hier, im Gegensatz zum Spital, ihr eigenes Zimmer, das wäre ein Übergriff. Ich schickte ihr ein SMS, ich würde auf dem Gang warten auf sie, und nach einiger Zeit, ich würde jetzt gehen und dann von ihr hören. Dass es mir nicht einmal in den Sinn kam, an ihrem Zimmer anzuklopfen, kam mir wenig später ganz fremd vor. Ich begriff erst im Nachhinein, dass die Patientin wünschte, ich würde in ihr Zimmer kommen. In derselben Nacht noch schickte mir die Patientin ein SMS, sie sei fast gestorben, «weg» gewesen, umgekippt mit dem Rollstuhl, habe einen hypoglykämischen Anfall gehabt – ob das der Pfleger denn nicht erzählt habe?

Diese Version stellte sich später, im Gespräch mit den Pflegenden, als korrekt heraus – allerdings zeitlich verschoben, der Anfall passierte wohl erst nach meinem Weggehen. Bei unserem nächsten Telefongespräch formulierte ich mein Bedauern, verpasst zu haben, Frau P zu schützen, indem ich im Gang gewartet hätte, statt sie aktiv in ihrem Zimmer aufzusuchen. Ich betonte die Diskrepanz zwischen unseren verschiedenen Versionen des Besuches des Vortages und formulierte vage etwas wie «... als wären da verschiedene Personen...», Frau P bestätigte

sofort und präzierte, es seien 21 Gestalten in ihr drin. Im Lauf der nächsten Jahre erhöhte sich die Zahl der inneren Gestalten bis auf 117, manchmal waren es aber auch Tausende von Gestalten. Leider waren darunter keine Engel, sondern nur verfolgende, aggressive, im besten Fall neutrale Gestalten. Fortan konnten wir leichter über die verschiedenen Welten reden. Was die Gestalten in ihr drin sagen würden, wie sie ihnen etwas entgegenstellen könnte. Und schliesslich, dass die Gestalten in ihr drin waren, zu ihr gehörige Teile seien, «sie» waren. Frau P verlangte von mir absolute Verschwiegenheit über die Existenz der Gestalten, wie auch über die gesamten, sich über die Jahre enthüllenden Wahninhalte. Vom fragmentierten Körpergefühl hingegen durfte und sollte ich den anderen professionellen Helferpersonen berichten. Rom sieht den Therapeuten als «Dolmetscher» (2007: 124), der den «Spagat» beherrschen muss, damit er «zwischen den Welten Brücken» bilden kann, «ohne zerrissen zu werden» (2007: 143).

Eine Anschlusslösung an die psychiatrische Klinik war schwierig zu finden, denn Frau P sperrte sich mit Nachdruck gegen professionell betreute Einrichtungen. Gleichzeitig war klar, dass Frau P nicht mehr nach Hause zurückkehren konnte. Die Case Managerin fand schliesslich einen Platz in einem Alters- und Pflegeheim.

5.3 *Das Alters- und Pflegeheim*

Frau P zog in ein Vierer-Zimmer mit drei über 90-jährigen Damen. Schon nach dem ersten Tag war ihre Ecke vollgeräumt mit Objekten, die sie schützend umhüllen sollten. Rom (2007: 66) sieht dies als Versuch des Patienten, «einen Teil seiner Aussenwelt, nämlich sein Zimmer, zu einem sicheren Ort» zu organisieren. Frau P freundete sich mit ihrer Nachbarin an, die jeweils in der Nacht zu ihr ins Bett gekommen sei. Die Pflegepersonen des Altersheims waren gewohnt, mit allerlei Schrecklichem des menschlichen Daseins konfrontiert zu sein. Sie konnten zunächst ruhig und gelassen mit Frau P umgehen. Frau P war glücklich.

Wie bereits in den vorherigen Institutionen gab es jedoch bald Konflikte. Das Betreuungsteam hatte Mühe, das Schweigen, die Zurückgezogenheit und die «Non-Compliance» bezüglich der medikamentösen Behandlung der Stoffwechselstörung der Patientin zu ertragen. Eine zusätzliche 50%-Betreuungs-Stelle wurde für Frau P finanziert. Wir vereinbarten an der Helferkonferenz, dass ich als Psychotherapeutin das pflegerische Team unterstützen sollte.

In den regelmässig einberufenen Sitzungen mit den Pflegerinnen wurden die Schwierigkeiten, die sich bei der Betreuung einstellten, besprochen. Frau P räumte ihr Zimmer nicht auf, sass apathisch angespannt im Bett, sei unansprechbar, wirke starr und abwesend und wollte mit niemandem reden.

Manchmal jedoch würde Frau P Furchtbares aus ihrem Leben erzählen und bei manchen körperlichen Verrichtungen wie der Wundversorgung schiene es, als würde Frau P die Schmerzen geniessen. Sie fragten, ob sie das wohl richtig gesehen hätten? Und was das bedeuten würde? Und wie sie damit umgehen könnten? Manche Pflegerinnen reagierten mit Verunsicherung, Angst und erdrückendem Mitleid, andere mit Ärger und Wut.

Ich versuchte zu übersetzen, Frau P könne sich nicht wie wir auf ein zusammenhängendes, klares Selbstgefühl verlassen, sondern sie erlebe sich als aufgesplittet in viele Teile oder Gestalten (Scharfetter 1990). Ich zitierte Frau P, sie «befinde sich wie schwebend in einer Ecke des Raumes, ihre Arme und Beine im Zimmer herumfliegend», betonte den Zusammenhang von Psyche und Soma, dass das Ich vor allem «ein körperliches» (Freud 1923: 294) sei, und stellte theoretische Konzepte vor, etwa dass die Körperdissoziationen als Traumafolgen (Hirsch 2010) oder als Abwehr gegen die Grenzdifffusion zwischen Handlung und Phantasie (Thiel 1997) zu verstehen seien. Zudem unterliess ich es nie, zu positivieren. Ich lobte die behutsame Arbeitsweise der Pflegepersonen, ihre genauen Beobachtungen und bestätigte, dass Mitleid und Ärger eine mögliche Reaktion auf dieses grosse Leid sei und sie das in einer abgegrenzten Form auch zeigen sollten. Wichtig sei, dass sie mit Frau P möglichst entspannt, so alltäglich und normal wie möglich sein könnten. Mit Frau P wurde der Inhalt dieser Treffen abgesprochen. Ihr war es wichtig, die Pflegerinnen durch mich wissen zu lassen, dass sie absolut keine Berührung ertrage, den behutsamen und respektvollen Umgang der Pflegerinnen überaus schätze und sehr zufrieden sei hier. Die Pflegerinnen reagierten interessiert, dankbar und verständnisvoll.

Zusätzlich zu den wiederkehrenden Teilamputationen wurden in dieser Zeit ihre Augen schlecht, ebenfalls aufgrund der Stoffwechselerkrankung. Ob sie erblindet war oder nur Einschränkungen in der Sicht hatte, blieb unklar. Die Pflegepersonen beobachteten, dass Frau P die Augentropfen nicht benutzte oder manchmal etwas gesehen hatte, das sie eigentlich nicht hätte sehen können. Schmunzelnd und ein wenig verschämt berichteten sie sogar von kleinen heimlichen Sehtests, die sie mit Frau P veranstalten würden. Gleichzeitig lernte Frau P in Windeseile die Blindenschrift und fasste bereits den Plan, Brailleschriftlehrerin zu werden.

Frau P fand Vertrauen zu den Pflegepersonen. Als ich unsere Stundenzahl reduzieren wollte, da sie inzwischen viele Möglichkeiten zu Gesprächen mit diesen Bezugspersonen hatte, erklärte mir Frau P: Gespräche mit anderen seien wie ein grober Turnschuh, unsere therapeutischen Gespräche in der Praxis jedoch seien wie ein feiner Lederschuh, der sich um den Fuss schmiegen würde. In

Zusammenhang mit ihrem amputierten Fuss und einer Prothese waren Schuhe immer wieder Thema.

Ich wusste Frau P in sicheren Händen im schützenden Rahmen der grossen Institutionen mit Nachtwachen. Meine anfängliche Hoffnung, die vielen nächtlichen suizidalen SMS würden sich legen, bewahrheitete sich jedoch nicht. Die SMS gingen weiter, sie würde sich vom Balkon stürzen, oder sie sei aus dem Bibliotheksfenster gefallen und mit nur einem Bein wieder in die Eingangshalle des Heims gekrochen. Niemand habe ihr geholfen. Oft sei sie ganze Nächte draussen in der Kälte gelegen. Niemand habe es bemerkt. Und wenn es jemand von den Nachtschwestern gesehen habe, sei einfach nichts unternommen worden. Ich kommentierte diese Erzählungen, formulierte mein Bedauern, dass Frau P solch schreckliche Nächte erlebte, und sprach die verschiedenen Welten an, in denen das Leben von Frau P stattfinde. Wurde die Diskrepanz zwischen Wahrscheinlichem und Phantasie zu offensichtlich, betonte ich die Realität, sagte etwa: «Ich bin so froh, dass Sie nicht tatsächlich aus der Bibliothek gefallen sind, das geht ja acht Meter in die Tiefe und Sie wären tot, schrecklich, was Sie alles erdulden müssen, anstatt dass Sie friedlich träumen können in Ihrem Bett». Frau P quittierte diese Sätze lächelnd, stimmte zu und fuhr fort mit weiteren abenteuerlichen Berichten.

Die Sitzungen bei mir in der Praxis wurden logistisch immer komplizierter. Unsere Praxis hat eine einzige Stufe, die zu bewältigen ist. Ich liess Schwellen aus Holz anfertigen, die man rasch auf- und wieder abbauen konnte. Sie boten jedoch vielerlei Möglichkeiten zum Stürzen, was Frau P mit Temperament ausnutzte. Bevor ich ihr helfen konnte, flitzte sie mit ihrem Rollstuhl triumphierend an mir vorbei die Stufe hinunter, während ich erschrocken und «schimpfend» danebenstand, immer wieder beeindruckt von der Kraft und Geschicklichkeit von Frau P. Es waren kleine Rituale, in denen mich Frau P überlisten konnte und sich zufrieden ein wenig lustig machte über mich.

5.4 *Frau Ps Wunsch nach Selbständigkeit: Eine eigene Wohnung*

Frau P drängte auf eine eigene Wohnung. Insgesamt ging es ihr viel besser, die Füsse waren gut gepflegt, der Umgang mit der Stoffwechselkrankheit war stabil. Sie erfüllte die Bedingungen der Pflege im Alters- und Pflegeheim. Mit einer viel beachteten Ausstellung ihrer Bilder, Engel und Feen, zeigte sie sich auf der Station. Sie hatte zu einzelnen Mitbewohnern und deren Angehörigen einen herzlichen Kontakt. Das Helfernetz war entschieden, Frau P auf ihrem Weg in die Selbständigkeit zu helfen. Die ideale Lösung zeichnete sich ab, im Nebengebäude, zugehörig zum Pflegeheim, war eine kleine Alterswohnung frei geworden. Frau P

würde den Kontakt halten können und hätte doch einen gewissen Schutz der Institution in der unmittelbaren Nähe. Frau P's Ambivalenz einer Betreuung gegenüber zeigte sich jedoch wieder. Sie wollte ganz selbständig wohnen und war nicht recht zufrieden mit der Anschlusslösung. Dies zeigt folgende Situation:

Ein paar Tage vor dem Übertritt zum selbständigen Wohnen versammelten wir uns im Pflegeheim zur gemeinsamen Helferkonferenz. Neu dazugekommen waren eine Ergotherapeutin und die Spitex. Diese sollte die stationäre pflegerische Betreuung im Heim ablösen. Bei drei täglichen Besuchen sollte sowohl der Stumpf gepflegt, als auch der Stoffwechsel überwacht werden. Die Case Managerin brachte eine Agenda mit, in der sich alle Personen rund um die Betreuung von Frau P eintragen sollten, wenn sie bei ihr zu Besuch waren. Sie hatte dazu ein Papier zusammengestellt, auf dem alle involvierten Fachpersonen aufgelistet waren. Frau P fand die Idee nicht gut. Sie fühlte sich kontrolliert und bevormundet «wie ein Baby». Ich versuchte zu positivieren und bestätigte die Empfindung der Kontrolle, zwar sei sie kein Baby, sondern eine erwachsene Frau, die an einer schweren Erkrankung litt und die darum unseren Schutz brauche. Frau P willigte ein und verlor die Agenda umgehend. Wie schon viele Male zuvor in den Helfergesprächen betonte ich, wir zwei, Frau P und ich, seien uns nicht einig, zwar würde ich den Wunsch nach Selbständigkeit verstehen, aber meine Sorge sei gross und wir alle würden um die Gefahren wissen. Ich wäre jedoch bereit, diesen Schritt mitzumachen dank des stabilen Helfernetzes. Frau P schrieb mir nach der Besprechung, wir seien uns nicht uneinig. Auch sie habe Angst, dass es nicht klappen könnte. Aber sie müsse weg aus diesem Zimmer im Altersheim, sie halte es keinen Tag länger dort aus.

Ein paar Tage nach dem Übertritt in ihre eigene Wohnung verstarb Frau P überraschend an den Folgen ihrer Stoffwechselstörung.

6 Diskussion

Wie eingangs erwähnt, möchte ich mit dieser Fallgeschichte zur psychoanalytischen Arbeit mit Psychotikern anregen. Es drängen sich darum ein paar technischen Gedanken zum Setting, zur heftigen Übertragung und Gegenübertragung,

zum Therapieverlauf und zur Sukzession auf. Sodann kann man sich auch spekulativ fragen, welche Funktion und Wirkung die Institutionen (Spital, Psychiatrische Klinik, Alters- und Pflegeheim) auf Frau P hatten und wie sie sich mit ihrem Wahn verschränkten. Und schliesslich ist es mir auch ein Anliegen, auf den allgemeinen menschlichen Aspekt des psychotischen Erlebens hinzuweisen.

Aus *technischer Sicht* treten meine hohe Verfügbarkeit und die Kontaktaufnahme mit den vielen professionellen Betreuungspersonen als die bestimmenden Settingmodifikationen hervor. Sie entsprachen dem starken Wunsch der Patientin, ihre Wahnwelt quasi privat in der psychoanalytischen Beziehung zu halten. Dank meiner Übersetzung gelang ihr ein kontrollierter Austausch mit den anderen Bezugspersonen. Die hohe Idealisierung respektierte ich nicht nur, ich nutzte sie, um der Patientin Sicherheit zu bieten. Die grosse Einbindung mit einer zwar geregelten, aber doch ständigen Möglichkeit, mich per Email oder SMS zu erreichen, gab der Patientin Halt in der ansonsten überschwemmenden und ständig bedrohlichen Welt. Die Anklammerung musste so stark sein, denn die «kläglichen Ichrudimente» (Benedetti (1987: 227) von Frau P zwangen sie, in einer fragmentierten, zersplitterten und «gescheiterten» (Scharfetter 2012) Welt zu leben. Frau P fand in unserem dualen Raum in mir als ihr alter ego, ihrem Hilfs-Ich einen Fixpunkt und konnte mir ihren inneren Reichtum sowohl an verfolgenden giftigen, wie auch an idealisierenden guten Objekten zeigen. Das Erleben dieser Dualität entlastete Frau P und verringerte ihre Einsamkeit, Verlassenheit und Alienation (Scharfetter 1990).

Ich empfand, ganz wie Freud (1914) bereits dargestellt hatte, die Handhabung der Übertragung als wichtigstes Stück unserer psychoanalytisch orientierten Therapie. Die Heftigkeit des Übertragungsgeschehens in aggressiver (das Schweigen und die Tirade der gewaltsamen SMS) wie in libidinöser Hinsicht anzunehmen (die Geschenke, die dankbaren SMS, die grosse Zuwendung), meine unmittelbare aggressive und ohnmächtige Reaktion in der Gegenübertragung auszuhalten und schliesslich zu überwinden, wäre ohne psychoanalytische Haltung und ohne entsprechende Konzepte im Hintergrund kaum möglich gewesen.

Für Frau P stellten die *Institutionen* eigene Lebenswelten dar, in denen sie nicht einsam war, sondern eine unter vielen anderen verletzten Patienten. Ähnlich den verschiedenen Gestalten in Frau Ps innerer Welt begannen diese, in der Wahnwelt von Frau P Funktionen anzunehmen, wie beispielsweise die Nachbarin, die zu ihr ins Bett gekommen sei. Frau P konnte ihre paranoide Wahrnehmung der Welt im Praxisraum, innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung leben, ohne davon zerstört zu werden, ohne diese Phantasien auszuagieren.

Das psychiatrische Case Management ermöglichte die hochfrequente, psychoanalytisch psychotherapeutische Behandlung und förderte den notwendigen Austausch und Kontakt mit und unter den Betreuenden. Dabei übernahmen die verschiedenen Institutionen Triangulierungsfunktionen, indem sie zwar schützend, aber auch fordernd der Patientin gegenüberstanden. Sie vertraten damit eine ausreichend gute ("good enough") väterliche Position, die den Raum für die psychotherapeutische, entspannte und intime Zweisamkeit bereitstellen konnte.

Geht man weiter davon aus, dass alle Institutionen, ungeachtet ihrer spezifischen Funktion und Wirkung auf die einzelne Person, einen jeweils charakteristischen unbewussten Niederschlag erzeugen, könnte man spekulativ argumentieren, die vielen Personen, die eine Klinik oder ein Altersheim bevölkern und die alle mit spezifischen Verhaltenserwartungen und Verhaltensneigungen an die Patientin herantreten, setzten in ihr etwas in Gang, das dazu führte, dass die innere Wahnwelt mit ihren vielen inneren Personen in Bewegung geriet und Frau P diese mir als ihre Therapeutin «verraten» konnte, mich mithin also in ihr innerstes Geheimnis eintreten liess. Scharfetter (2009) und Rom (2007) sprechen in diesem Zusammenhang von einem schizoprotektiven Vorgang, also vom Versuch, der inneren Fragmentierung mit der Bildung von imaginierten Gestalten entgegenzutreten. Diese Gestalten werden somit zum Träger unbewusster Konflikte und Repräsentanzen und man könnte spekulativ argumentieren, sie dienten der Patientin auch dazu, sich die Institution mitsamt ihrer vielen Facetten unbewusst einzuverleiben.

Richtet man schliesslich den Blick auf die Sukzession des gesamten Therapieverlaufs und setzt die verschiedenen Aufenthalte in den Institutionen in eine zeitliche Abfolge, kann man annehmen, Frau P habe ihre Krankheit besonders im Umgang mit grossen Institutionen als schwierig, teils sogar als dysfunktional erlebt. Jedenfalls benutzte sie mich als ihre Zeugin und «schleppte» mich gewissermassen in die Triangulation mit diesen Institutionen. Durch ihr Verhalten, insbesondere ihre fortwährenden Konflikte mit dem professionellen Personal, erhielt ich eine neue, bisher nicht gekannte Rolle zugewiesen, nämlich die der Supervisorin des professionellen Personals und die der «positivierenden» Übersetzerin von hoch konfliktiven und hoch persönlichen Wahnvorstellungen, mitunter um die Patientin vor einem weiteren Autonomieverlust zu bewahren. Da diese Wahnvorstellungen Teil des intimen Geheimnisses waren, das ich mit der Patientin teilte, wurde ich zu einer eigentlichen Grenzgängerin zwischen dem idiosynkratischen Teil ihres Wahns und der Kultur der institutionellen Struktur. Zudem teilte uns die Patientin mit der Wahl der Institutionen, die sich um ihr Wohlergehen kümmerten und sie

versorgten, auch symbolisch mit, in welcher Lebensphase sie sich jeweils fühlte. So gesehen hat es eine gewisse Logik, dass sie nach dem Austritt aus dem Alters- und Pflegeheim starb.

Die Arbeit mit Frau P hat nicht nur bei mir, sondern bei allen Behandlern, «ans Lebendige» (Pontalis [2007: 68]) gerührt, was uns erinnert, «dass wir unserem Patienten ähnlich sind, (...) dass auch wir ein Patient sind» (ebda). Gemeint ist der «Patient – homo patiens, leidender Mensch» (Scharfetter 2012: 134). Denn die Grenze zwischen «normalen und krankhaften Seelenzuständen ist (...) eine so fließende, dass wahrscheinlich jeder von uns sie im Lauf eines Tages mehrfach überschreitet» Freud (1907: 43). Rom (2007: 236) sieht die Arbeit mit psychotischen Menschen als Chance, sich «mit Hilfe dieser Menschen und ihren eigenen Welten selbst begegnen und sich sinnvoll weiterentwickeln» zu können. Psychoanalytisch Erfahrene wissen um die Möglichkeit des überflutenden Unbewussten, wenn das Ich nicht gefestigt, sondern «gescheitert» (Scharfetter 2012) ist, ohne schützende Ich-Stärke und Abwehr. Dies trägt zum Verstehen, zum Tragen und Mittragen von schwerem menschlichem Leid bei und ermöglicht es, Menschen mit Psychosen und frühen Störungen zu behandeln, für sie «sorgsam Wache zu halten» (Scharfetter 1987) und ihrem Schrecken eine psychoanalytische, wohlwollende und gleichmütige Haltung entgegenzustellen.

Literatur

- Andreae, Andreas, Heim Gisela, Raupp Klaus, von Wyl Agnes (2011). Case Management unter erschwerten Bedingungen. In: *Care Management*, 4, 7–11.
- Benedetti, Gaetano (1987, 2. Aufl.). *Todeslandschaften der Seele*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen. 1. Aufl. 1983
- Bion, Wilfried Ruprecht (1997, 2. Aufl.). *Lernen durch Erfahrung*. Übersetzt und eingeleitet von Erika Krejci. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Aufl. 1962.
- Freud, Sigmund (1907). *Der Wahn und die Träume in W. Jensens Gradiva*. Studienausgabe Bd. X, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 9–86.
- Freud, Sigmund (1914). *Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten*. Studienausgabe, Ergänzungsband, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 205–215.
- Freud, Sigmund (1923). *Das Ich und das Es*. Studienausgabe Bd. III, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 288–295.
- Geigenmüller, Hans (2005). Borderline – ein Modebegriff? Internet Zugriff am 2.5.2012: http://www.tellmed.ch/tellmed/Fachliteratur/Medizin_Spektrum/23_Borderline_ein_Modebegriff.php.

- Heimann, Paula (1957). Die Dynamik der Übertragungsinterpretationen. In: *Psyche* 7, 401–415.
- Hirsch, Mathias (2010). Körperdissoziation als Traumafolge. In: *Psyche* 64, 193–211.
- Pontalis, Jean-Bertrand (2007, 2. Auflage). *Die Macht der Anziehung. Psychoanalyse des Traums, der Übertragung und der Wörter*, D-Eschborn: Verlag Dietmar Klotz GmbH. 1. Aufl. 1990.
- Rom, Josi (2007). *Identitätsgrenzen des Ich*, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Scharfetter, Christian (1987). Psychopathologie. Vorlesung, Universität Zürich SS 87.
- Scharfetter, Christian (1990). *Schizophrene Menschen*, D-Weinheim: Psychologie Verlags Union, Urban & Schwarzenberg.
- Scharfetter, Christian (2009). *Vom Lebensleid zu psychischen Krankheiten*. Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfels.
- Scharfetter, Christian (2012). *Scheitern. In der Sicht auf Psychopathologie und Therapie*, Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis.
- Thiel, Helmuth (1997). Dissoziation und multiple Identität als Abwehr gegen die Grenzdifffusion zwischen Phantasie und Handlung. Aus der psychoanalytischen Behandlung einer Inzestpatientin. In: *Psyche* 51, 239–252.