

## Psychodynamische Versorgungskonzepte in der Psychiatrie • Klinische Anwendung in der Behandlung von Depressionen \*

### Psychodynamic principles in hospital psychiatry • Clinical Practice in the treatment of depression

**Alexandros Michaelides**

#### **Zusammenfassung**

Das Thema der psychodynamischen Psychiatrie ist sehr vielfältig. Der Autor verdeutlicht eine psychoanalytische Herangehensweise in der psychiatrischen Versorgung. Anhand eines Fallberichtes einer Patientin mit einer schweren Depression wird ein Übertragungs-Gegenübertragungs-Modell einer Krankenhausbehandlung diskutiert. Die vor allem klinische Arbeit greift theoretisch auf das Konzept des „Containing“ und den Prozess der projektiven Identifizierung zurück.

**Schlüsselwort** Depression – psychodynamische Psychiatrie – Übertragungs-Gegenübertragungs-Modell – projektive Identifizierung

#### **Summary**

Psychodynamic psychiatry is a multifaceted area. The author presents a psychoanalytical approach for psychiatric care. A transference/countertransference-based model for hospital treatment is discussed using case material from the treatment of a severely depressed patient. The mainly clinical work illuminates both the containing function concept and the projective identification process.

**Keywords** depression – psychodynamic psychiatry – transference/countertransference model – projective identification

#### **Einleitung**

Mein Ziel ist es nicht, einen Überblick über das Thema der psychodynamischen Psychiatrie zu geben, da dies den Rahmen sicherlich sprengen würde. Was ich vielmehr vermitteln will, ist die Art und Weise, wie wir im Furtbachkrankenhaus versuchen, unsere Patienten mit psychoanalytischen Mitteln zu behandeln, und so neben der Pharmakotherapie und sozialpsychiatrischen Aspekten einen weiteren Zugang finden können.

Psychotherapie in der Psychiatrie ist ja einerseits die Anwendung von Psychotherapie als Methode so wie auch andere Methoden wie Psychopharmakotherapie, Ergotherapie etc. Andererseits meint die psychodynamische Psychiatrie aber etwas Weiteres, schwer Fassbares, und das wird als Psychotherapie, als Grundhaltung bezeichnet.

Im Band „Psychotherapie in psychiatrischen Fachkrankenhäusern“ (Oschinsky und Adler; 2002), die die Arbeitsgruppe „Psychotherapie in der Psychiatrie“ der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser herausgegeben hat, ist bezüglich der Grundhaltung Folgendes festgehalten:

„Sofern Psychotherapie eine Grundhaltung ist, leitet sich aus ihr die Forderung ab, psychiatrisches Handeln generell psychotherapeutisch zu durchdringen, das gilt auch und gerade für einen Kernbereich unseres Faches wie die Akut- und Notfallpsychiatrie“ (Oschinsky et al., 2002, S. 79).

Gerade diesen Aspekt der psychodynamischen Psychiatrie möchte ich heute etwas verdeutlichen.

Bevor ich mich aber der klinischen Arbeit zuwende, erscheint es mir sinnvoll, Ihnen einiges zu diesem äußeren Behandlungsrahmen zu sagen, der die Patienten erwartet, wenn sie hier zur Aufnahme kommen.

Unser Konzept und unsere Behandlungsstruktur basiert im Wesentlichen auf dem Aspekt der Behandlungskontinuität im therapeutischen Team und ist in allen Bereichen zu finden, d. h., wir verzichten auf eine Aufnahmestation und haben dadurch keine internen Verlegungen mit Beziehungsabbrüchen.

Die Patienten können hier von der akuten stationären Aufnahme bis zur tagesklinischen Behandlung und manche sogar ambulant von denselben Mitarbeitern ohne Unterbrechung und Therapeutenwechsel betreut werden.

Die Arbeit auf den Stationen ist in Kleinteams unter der Leitung eines Arztes organisiert, was dazu beiträgt, die Gruppen konstanter zu halten, zumal wir Patienten bei Wiederaufnahmen in das gleiche Kleinteam aufnehmen. Das Kleinteam ist jeweils aus Stationsarzt, Pflegedienstmitarbeitern, Spezialtherapeuten und einem Sozialarbeiter zusammengesetzt.

Therapeutische Bausteine beinhalten die ärztlich-therapeutischen Einzelgespräche, die Gruppentherapie mit dem Arzt und einer Bezugspflegekraft und die tägliche Morgenrunde, die im Wesentlichen von den Mitarbeitern der Pflege und der Sozialarbeiterin geführt wird. Wichtige therapeutische Angebote sind zusätzlich die Gestaltungstherapie und die Bewe-

\* Vortrag bei dem Workshop „Psychotherapie und Psychoedukation in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie“ Bezirkskrankenhaus Bayreuth, 27.01.07

gungstherapie, die sowohl in Einzeltherapie als auch in der Gruppe möglich sind. Hinzu kommt die Psychopharmakotherapie, die Zusammenarbeit mit psychosozialen Einrichtungen in der Gemeinde und die Angehörigenarbeit, d. h. Paar- und Familiengespräche, sowie eine ärztlich geleitete Angehörigengruppe.

Zusätzlich finden Gespräche mit der Bezugspflegekraft und eine Vielzahl von der Pflege geleitete Gruppenangebote wie Freizeitaktivitätsgruppe, Kochgruppe, Vespergruppe etc. statt. Diese dienen hauptsächlich der Verbesserung sozialer Fertigkeiten.

Im Rahmen von regelmäßigen, einmal wöchentlich stattfindenden Fallbesprechungen und der vierzehntäglichen externen Fallsupervision durch eine Psychoanalytikerin versuchen wir, die verschiedenen Eindrücke zu bündeln und in ein umfassendes Bild des Patienten zu integrieren. Dies ist insofern essentiell, als die Patienten, die in das Krankenhaus kommen, dazu neigen, ihre familiäre Situation in dem Milieu zu wiederholen. Genauer gesagt, externalisieren sie ihre inneren Objektbeziehungen. Diese Wiederholung der inneren Objektbeziehungen des Patienten innerhalb des therapeutischen Rahmens auf der Station kann am besten im Rahmen solcher Besprechungen verstanden und untersucht werden.

Ich wende mich jetzt unserer klinischen Arbeit zu und werde anhand eines Fallbeispiels der Patientin, die ich Frau B. nennen werde, versuchen, unsere Arbeitsweise zu veranschaulichen. Ich werde überall dort, wo es zum Verständnis des Verlaufs und der Interaktion im Team notwendig ist versuchen, den theoretischen Hintergrund auf den wir uns beziehen, einzuflügen.

### **Fallbeispiel, Teil I:**

Völlig unerwartet kam Frau B. vier Wochen nach ihrer Entlassung erneut zur stationären Aufnahme. Die Therapeutin und das Team, die sie noch in einem guten, ausgeglichenen Zustand entlassen hatten, waren erschüttert, sie in einer so schlechten Verfassung wiederzusehen. Blass, kraftlos, in sich zusammengefallen saß sie wortlos im Dienstzimmer. Hätte ihr niemand den Stuhl aufgezwungen, so wäre sie wohl auf dem Boden gelandet – dies war der erste Eindruck, den sie vermittelte. Mit angsterfülltem Blick, kaum Kontakt aufnehmend stammelte sie nur, dass nichts mehr gehen würde, alles sei ihre Schuld.

Die 65-jährige Patientin schien das Team zwar wiederzuerkennen, sie fand sich jedoch anfangs auf der ihr vertrauten Station nicht mehr zurecht, fand ihr Zimmer nicht, den Aufenthaltsraum nicht, schien örtlich nicht orientiert zu sein, ja konnte kaum ohne fremde Unterstützung gehen. Der bei uns entstandene dringende Verdacht auf ein akutes hirnganisches Geschehen konnte glücklicherweise ausgeschlossen werden. Auch mir war die Patientin aus dem ca. zwei Monate langen Voraufenthalt gut in Erinnerung geblieben. Sie hatte eine Reise in die Heimat ihres Mannes, die sie schon im Vorfeld eigentlich nicht antreten wollte, nach einigen Tagen abgebrochen, war mit ihm zurückgekehrt und hatte sich schwer depressiv in unsere Klinik einweisen lassen. Ihre Depression hatte keine psychotischen Züge, und es gab keine Selbstmordabsichten. Kennzeichnend für sie war während dieses ersten Aufenthal-

tes, dass sie über Kopfschmerzen klagte, unzufrieden mit sich war und sich Vorwürfe machte, den Urlaub ihres Mannes zerstört zu haben. Sie konnte kaum etwas aufnehmen, drängte ständig auf Entlassung und war die meiste Zeit auch mit dem Behandlersteam unzufrieden. Ihr Blick, der Ton ihrer Stimme, ihr Seufzen, all dies hatte etwas sehr Vorwurfsvolles an sich, und sie war in der Lage, obwohl sie recht unscheinbar blieb und sehr leise sprach, heftige Gefühle bei verschiedenen Teammitgliedern auszulösen. Sie beklagte sich häufig und eigentlich hat sie die Therapeutin und das Team meistens mit ihrer Neigung, alles auf körperliche Symptome zu schieben, genervt. So pflegte sie auf die Frage „Wie geht es Ihnen?“ stereotyp mit dem Satz „Ich habe Kopfschmerzen, und mein Rücken tut weh“ zu antworten. Als sie sich während einer Visite wieder einmal über diverse Schmerzen beklagte, löste sie bei mir einen gewissen Ärger aus. Es schien mir das x-te Mal zu sein, und ich versuchte ihr zu erklären, dass wir ja alle möglichen körperlichen Symptome abgeklärt hätten etc. Schließlich sagte ich zu ihr: „Nun sind Sie aber hier bei einem Psychiater und nicht bei einem Orthopäden.“ Ich werde auf diese Visitsituation und meinen Kommentar dazu später noch zurückkommen.

Trotz allem hatte sich der depressive Zustand der Patientin plötzlich stabilisiert, und die Patientin konnte auf ihren Wunsch hin entlassen werden. Rein deskriptiv würde man zum Entlassungszeitpunkt von einer remittierten Depression sprechen. Im Nachhinein erkenne ich, dass wir nur zu gern auf die oberflächliche Stabilisierung, die nach einigen Wochen eingetreten war, eingegangen sind.

In „Trauer und Melancholie“ schreibt Freud: „Bei der Trauer ist die Welt leer und arm geworden, bei der Melancholie ist es das Ich selbst“ (Freud 1917, S. 431). Bei Frau B. hatten die Leere und die Armut ihres Ichs die Form eines seelischen Zusammenbruchs angenommen, die Patientin hatte Angst, jede Funktionsfähigkeit zu verlieren, und hatte diese ja dann auch auf eindrucksvolle Weise verloren, bis hin zu einer Orientierungsstörung.

Ich möchte jetzt einige Modelle erwähnen, die die Basis für unser Verständnis von Depressionen bilden.

Freud legte den Grundstein für unser psychoanalytisches Verständnis depressiver Zustände, indem er die Hypothese formulierte, die Selbsttherabsetzung und Selbstvorwürfe des Melancholikers seien Folge eines psychischen Prozesses, „in dem der Schatten des Objekts ... auf das Ich (fiel)“. Je dunkler der Schatten, desto schwerer die Depression.

Freud differenziert in seiner Arbeit „Trauer und Melancholie“ zwischen Trauer und Melancholie. In der Trauer ist der reale Verlust des Objekts das Ereignis. In der Melancholie ist im Kontrast dazu das verlorene Objekt mehr ein verinnerlichtes als ein reales Objekt.

Darüber hinaus fühlt der melancholische Patient einen erheblichen Verlust von Selbstwert, begleitet von Selbstverachtung und Schuld, wohingegen der trauernde ein stabiles Gefühl von Selbstwert behält. Freud erklärt die Selbsttherabsetzung, die depressiven Patienten gemeinsam ist, als ein Ergebnis von Ärger, der nach innen gerichtet wird. Genauer gesagt, die Wut

ist nach innen gerichtet, weil das Ich des Patienten sich mit dem verlorenen Objekt identifiziert hat. Die Wut richtet sich auf das verlorene Objekt. 1923 hat Freud bemerkt, dass so eine Introjektion vielleicht der einzige Weg für das Ich ist, ein Objekt aufzugeben.

Im selben Jahr, in „Ich und Es“, postuliert er, dass melancholische Patienten ein strenges Über-Ich haben, das er mit ihren Schuldgefühl verbunden hat, das sie entwickelten, weil sie einer geliebten Person gegenüber ihre Aggressionen gezeigt haben.

Melanie Klein verband Depression mit dem Erreichen oder Nicht-Erreichen der depressiven Position. Sie verstand manisch-depressive Zustände als eine Reflexion des Scheiterns in der Kindheit, gute innere Objekte zu etablieren. Depressive Personen haben mit anderen Worten nie die depressive Position, die in der Kindheit allen gemeinsam ist, erreicht (vgl. Böker, 2006, S. 127).

Sie setzte diesen Zustand in Kontrast zur normalen Trauer, in der die depressive Position als ein Ergebnis von Verlust eines Geliebten reaktiviert wird, dies dann aber überwunden und durchgearbeitet wird, indem ein verlorenes Objekt als inneres Objekt etabliert wird und die guten Eltern in dem Prozess installiert werden.

In der Folge sind depressive Patienten aus Kleins Sicht verzweifelt betroffen, dass sie die geliebten guten Objekte in sich selbst zerstört haben als ein Ergebnis ihrer eigenen Gier und Destruktivität. Als eine Konsequenz dieser Destruktivität fühlen sie sich verfolgt von den verbliebenen gehassten bösen Objekten. Das Gefühl, von den bösen Objekten verfolgt zu werden, während an den verlorenen guten Objekten festgehalten wird, ist das, was die Essenz der depressiven Patienten, die in der Melancholie reaktiviert wird, ausmacht.

Mit anderen Worten, Patienten mögen sich wertlos fühlen, weil sie den Eindruck haben, dass sie die guten inneren Eltern in Verfolger verändert haben, als ein Ergebnis ihrer eigenen destruktiven Impulse und Phantasien.

Jacobson (1971) hat, Freuds Aussagen etwas revidierend, vorgeschlagen, dass melancholische Patienten tatsächlich sich so verhalten, als wären sie das wertlose, verlorene geliebte Objekt, obwohl sie nicht alle Charakteristika dieses Objektes haben.

### **Diskussion des Fallmaterials**

Ich komme auf unsere Patientin zurück. Wie kann man den Verlauf, den ich geschildert habe, verstehen? Warum brach sie so rasch wieder depressiv ein? Wir erfuhren, dass sie sofort nach der Entlassung ihre Medikamente abgesetzt hatte. Nun wurde sie wieder aufgenommen, und zwar erstmals mit einer zusätzlichen wahnhaft-depressiven Symptomatik, die folgendermaßen ausgestaltet war: Ausgehend von einem realen, eigentlich leicht behandelbaren Fußpilz, hatte sie das Gefühl, der Pilz breite sich nach innen aus. Zuerst in ihren Beinen, und diese zerstörend breite sich der Pilz in der Folge in ihrem ganzen Körper aus bis in ihren Kopf hinein. Sie war

terrorisiert von der Vorstellung, dass sie von innen aufgefressen wird. Außerdem war sie davon überzeugt, dass der Pilz nicht Halt mache, sondern auf andere übergehe, sie also ansteckend sei und ihr Gegenüber und jeden sowie alles andere auch zerstöre. Sie konnte/wollte einem nicht die Hand geben, weil sie davon überzeugt war, den anderen mit dieser unheilbaren Krankheit anzustecken. Sie war mit anderen Worten von einem bösen inneren Objekt befallen, das nicht nur sie, sondern auch den anderen zu zerstören drohte. Es handelte sich um den Ausdruck einer psychotischen Angst mit einem intensiven Verfolgungscharakter. Diese Verfolgungsgefühle sind mit dem verzweifelt Gefühl verbunden, dass der angerichtete Schaden nicht wiedergutzumachen ist. Zusätzlich entwickelte die Patientin im Sinne eines umfassenden Zusammenbruches des Großteils ihrer psychischen Funktionen auch das Symptom, nicht gehen zu können. Konkret konnte sie lange Zeit nicht ihr Zimmer verlassen.

### **Das Konzept des „Containing“**

An dieser Stelle erscheint es mir sinnvoll, einige Überlegungen zum Konzept des „Containing“ oder die Behälter-Funktion anzuführen, weil dies auch für unsere Arbeit auf der Station von Bedeutung ist.

Das Konzept ist aus Kleins ursprünglicher Beschreibung der projektiven Identifizierung hervorgegangen und aus Bions Konzept der „mütterlichen Fähigkeit, die projektive Identifizierung in sich aufzubewahren, der „Rêverie“, des mütterlichen „träumerischen Ahnungsvermögens“ (vgl. Hinshelwood, 1993, S. 353 f.).

Segal hat das Phänomen sehr schön und verständlich 1975 dargestellt. „Wenn ein Säugling unerträgliche Angst hat, versucht er, sie durch Projektion in die Mutter zu bewältigen. Die Reaktion der Mutter besteht darin, die Angst zu erkennen und alles zu tun, was nötig ist, um das Leiden des Säuglings zu lindern. Der Säugling erlebt dies, als habe er etwas Unerträgliches in sein Objekt hineinprojiziert, das aber in der Lage ist, es in sich zu bewahren und damit fertig zu werden. Er reintrojiert dann nicht seine ursprüngliche Angst, die dadurch, dass die Mutter sie in sich aufgenommen (contained) hat, modifiziert worden ist. Er introjiert gleichzeitig ein Objekt, das fähig ist, Angst in sich zu bewahren und mit ihr fertig zu werden. Ein solches „Containment“ der Angst durch ein äußeres, verstehendes Objekt ist die Grundlage psychischer Stabilität. Diese psychische Stabilität kann aus zweierlei Gründen beeinträchtigt werden. Es ist möglich, dass die Mutter die projizierte Angst des Säuglings nicht zu ertragen vermag und eine noch größere Angst introjiert als die, die er projiziert hat. Gestört werden kann sie auch durch exzessive destruktive Omnipotenzphantasien des Säuglings. Dieses Modell begreift die analytische Situation als Container“ (Segal, 1975, S. 134).

Ogden (1979) beschreibt diesen Vorgang, bezogen auf die therapeutische Situation, zusammenfassend in drei Schritten folgendermaßen:

1. Der Patient projiziert eine Selbst- oder Objektrepräsentanz, also ein böses Objekt, in den Therapeuten.
2. Der Therapeut identifiziert sich unbewusst mit dem, was projiziert wurde, und fängt an, sich wie der projizierte Anteil zu fühlen oder zu verhalten.
3. Das projizierte Material wird psychologisch aufgenommen und durch den Therapeuten modifiziert, der dieses dann via Reintrojektion dem Patienten zurückgibt. Die Veränderung des projizierten Materials verändert wiederum den Patienten.

### **Diskussion des Fallmaterials**

Nun zurück zu unserer Patientin, und zwar zu ihrem ersten Aufenthalt, den wir ja erst im Nachhinein im Team wirklich verstehen konnten. Die verantwortliche Therapeutin, der Arzt und die anderen Mitglieder des Behandlungsteams waren frustriert. Einerseits verlangte die Patientin von ihnen, dass sie ihre Beschwerden wahrnahmen, andererseits lehnte sie aber alle Vorschläge und Feststellungen als nicht hilfreich ab. Das gesamte Team fühlte sich unfähig, impotent und erschöpft, was die Depression von Frau B. anging. Indem Frau B. die Rolle der Hilfe Ablehnenden, Sich-Beschwerenden annahm, hatte sie eine innere Objektbeziehung wieder etabliert, die durch eine leidende und sich als Opfer fühlende Selbstrepräsentanz charakterisiert war. Frau B. benutzte die Reaktivierung ihrer inneren Objektbeziehung, um alle um sie herum zu quälen. Sie war in der Lage, eine enorme Menge an Wut loszuwerden, die auf die kindliche Interaktion mit ihrer Mutter zurückzuführen ist, die aus ihrer Sicht darin versagt hatte, auf ihre Nöte adäquat einzugehen.

### **Fallbeispiel, Teil 2:**

Als Ergebnis einer Fallbesprechung, die wir am Beginn des zweiten Aufenthaltes gemacht haben und in der dieses Muster deutlich wurde, änderte sich die Herangehensweise in der Behandlung. Das Team konnte sich von der Tendenz lösen, alles für die Patientin übernehmen zu wollen, und etwas mehr Einblick in die Destruktivität der Patientin bekommen. So wurde z. B. deutlich, dass die Patientin bis dahin ein Mit-einbeziehen des Ehemannes in die Behandlung verhindert hatte und so das Bild des „Nichtsnutzes“ weiter aufrechterhalten hatte.

Ähnlich hatte sie auch wohl ihre Entlassung aus dem ersten Aufenthalt im Sommer erreicht („Die können mir sowieso nicht helfen, also gehe ich“) und nicht etwa, weil es ihr wirklich besserging. So kann auch das Absetzen der von uns gegebenen Medikation verstanden werden, nämlich als Ablehnung unserer Hilfe, die sowieso wertlos erschien. Durch Ablehnen der ihr angebotenen Hilfe sucht die Patientin sich eventuell unbewusst an uns, an den Eltern, zu rächen.

Während ihres zweiten Aufenthaltes, kaum dass sich Frau B. etwas stabilisieren konnte, schied dann ihre Therapeutin aus. Als die Therapeutin ihr während des üblichen Einzelgespräches mitteilte, dass sie sich beruflich verändern und somit die Klinik verlassen werde, stand die Patientin überraschenderweise sehr lebendig auf, ging auf die Therapeutin zu und ver-

suchte sie festzuhalten, indem sie sie am Arm packte. Sie flehte sie an: „Tun Sie mir das nicht an. Nein, bitte nicht.“ Sie versetzte die Therapeutin in ziemliche Aufregung. Sie hatte das Gefühl, der Patientin etwas ganz Schlimmes angetan zu haben, etwas, was Frau B. auf keinen Fall zuzumuten war. Dies war auf eine gewisse Art und Weise insofern überraschend, als die Patientin uns ja immer wissen ließ, wie schlecht alles bei uns sei und nichts helfen würde. Deshalb war auch eine Haltung in der Richtung, dass es sowieso egal ist, durchaus zu erwarten gewesen.

Bei der darauffolgenden Visite trafen wir die Patientin resigniert, starr auf dem Bettrand sitzend. Sie schaute mich ganz kurz angstvoll an und wandte ihren Blick rasch dem Boden zu. Sie klagte über heftige Rückenschmerzen, die ihr das Gehen unmöglich machen würden. Sie sagte ganz leise, dass es ihr leid tue. „Es tut mir leid, es ist meine Schuld. Alles meine Schuld.“ Ich sagte, mein Verständnis signalisierend, dass sie das Gefühl habe, an allem schuld zu sein, an ihren Schmerzen und an ihrem Zustand insgesamt. Ich hatte erstmals das Gefühl, dass ich die Patientin verstehen konnte, und sah mich ermutigt weiterzumachen, als sie bejahte und sagte, dass es ihr wieder schlechterginge. Ich sprach das Ausscheiden ihrer Therapeutin an und sagte, dass ihr das wohl viel ausmachen würde. Zum ersten Mal sah sie mich in der Begegnung länger an und in einem gefestigten Ton sagte sie: „Ja. Das ist schlimm für mich.“ Unter dem Eindruck ihrer Wahnvorstellung, dass sie mit diesem zerstörerischen Pilz befallen sei, sagte ich, eher ohne groß zu überlegen, dass sie vielleicht das Gefühl habe, auch an dem Ausscheiden ihrer Therapeutin schuld zu sein, also dass sie wegen ihr ginge. Die Patientin sagte: „Ja, das denke ich wirklich.“

Ich blieb skeptisch, ob die Patientin, auch wenn ich das Gefühl hatte, sie erreicht zu haben, wirklich unmittelbar von dieser Sequenz profitiert hatte oder ob es nicht vielmehr ich war, der davon profitiert hatte, sie besser verstanden zu haben. Trotz allem denke ich, dass es für die Patientin eine Entlastung gewesen ist, das Gefühl zu haben, verstanden zu werden. Eine weitere Entlastung für sie war auch darin zu sehen, dass sie spürte, dass ihre Angst vor katastrophalen Konsequenzen nicht bestätigt wurde. Der Umstand, dass sie nur ganz kurz Blickkontakt aufnahm, dass sie ganz leise sprach und die angespannte Atmosphäre, die in der Situation für mich spürbar war, lässt darauf schließen, dass die Patientin große Angst hatte. Eine Angst, die damit zu tun hatte, dass sie durch ihr Verhalten die Therapeutin in die Flucht getrieben hatte und darauf so etwas wie die Todesstrafe stehen musste. Wie dem auch sei, wie ich weiter oben schon sagte, etwas hatte sich verändert. Frau B. war nicht nur ein Opfer ihrer Erkrankung, sondern auch jemand, der die anderen zu Opfern macht.

Ich komme auf die von mir ganz am Anfang geschilderte Visitsituation zurück. Auf die Szene, in der ich mich während ihres ersten Aufenthaltes als Psychiater und nicht als Orthopäde bezeichnet hatte. Es ist klar zu erkennen, dass in der kurzen Zeit eine so aufgeladene Situation entstanden war, dass die Patientin sich am Ende darin bestätigt fühlen musste,

nicht verstanden zu werden, ein Opfer zu sein. Man kann sagen, dass ich in dem Moment das Opfer von heftigen Projektionen der Patientin geworden bin, und dadurch wurde ich überlastet und in meiner Funktion zerstört. Ich war in dem Moment wenig hilfreich bzw. unbrauchbar für sie. Geschieht dies, dann ist zu erwarten, dass es der Patientin in der Folge noch schlechtergeht, weil sie eine Bestätigung erhält, dass die eigene destruktive Kraft den beschädigt, von dem sie eigentlich Hilfe erwartet.

Projektive Identifikation geschieht unbewusst, automatisch und mit großer Wucht.

Symington(1990) charakterisiert den Prozess der projektiven Identifizierung als ein Paradigma eines Geschehens zwischen Tyrann und Opfer (bully/victim), in dem dem einen die Freiheit, die eigenen Gedanken zu denken, genommen wurde. Tatsächlich fühlen sich Klinikmitarbeiter, die die Ziele von projiziertem Material sind, sehr häufig so, als wären sie mit einem Patienten in einer Art und Weise verbunden, die verhindert, dass sie so denken, fühlen oder funktionieren können, wie es ihrer gewohnten therapeutischen Rolle entspricht.

In der Zwischenzeit machte die Patientin Fortschritte. Das oben geschilderte Symptom des Nicht-gehen-Könnens bildete sich auch im Rahmen intensiver pflegerischer Maßnahmen zurück, so konnte sie z. B. längere Ausgänge in Begleitung machen und entwickelte im Stationsalltag zunehmend ein gewisse Aktivität.

### Weiteres klinisches Material

An dieser Stelle möchte ich noch eine kleine Sequenz von einem Gespräch schildern, das viel später, cirka vier Monate nach der eben geschilderten Visite, stattgefunden hat. Das war bereits ein Zeitpunkt an dem es der Patientin deutlich besser ging. Frau B. klopfte einige Minuten früher an der Tür. Ich dachte mir, dass sie es wohl wäre, machte aber mit meiner Arbeit an einem Bericht weiter. Ein paar Minuten später wieder das Klopfen an der Tür, und ich dachte mir, dass ich nicht aufstehen werde, schließlich wusste sie ja selber, wie spät es ist. Den Gedanken, dass es jemand anderes sein könnte, verwarf ich rasch als eher unwahrscheinlich. Weitere 2-3 Minuten später erneutes Klopfen, und die Tür ging auf. Frau B. steckte ihren Kopf durch die kaum geöffnete Tür und fragte: „Darf ich schon rein?“ Ich stand auf, ging zu ihr hin und sagte, dass es noch ein bisschen zu früh sei, sie müsse leider noch kurz draußen warten, und ich würde sie hereinbitten, wenn es so weit sei. Daraufhin entschuldigte sie sich, drehte sich um, ging weg und ließ die Tür aber einen Spalt offen, so dass ich diese selber schließen musste. Weitere zwei bis drei Minuten später öffnete ich pünktlich, sie kam zügig herein und erzählte sprudelnd, dass sie sich sehr große Sorgen um ihren Mann mache. Er sei vor einigen Tagen gestürzt, habe sich zwei Finger gebrochen, Rippenprellungen und sich weitere leichte Verletzungen zugezogen. Sie rufe ihn immer wieder an und habe große Angst, dass, wenn er nicht ans Telefon gehe, dies ein Zeichen sei, ihm sei wieder etwas zugestoßen, er könnte z.B. wieder gestürzt sein.

Wie kann man diese Sequenz verstehen? Die Patientin hatte sich grundsätzlich stabilisiert, unternahm gewisse Tätigkeiten, hatte Ausgang, konnte am Wochenende kochen, keine Frage, es ging ihr besser. Ich dachte aber, dass sich in dieser Szene vieles widerspiegelte, was sich bisher auch gezeigt hatte. Vor Beginn des Gespräches schaffte sie es, mich zu stören, indem sie mehrmals klopfte und schließlich die Tür öffnete. Sie stellte eine Situation her, in der sie durch mich zurückgewiesen wird, ich muss sie rausschicken und auch noch die Tür hinter ihr schließen.

Dies alles spielte sich viel subtiler ab, alles nicht so dramatisch wie noch zu Beginn ihrer Behandlung hier. Ihre Angst, mich dadurch beschädigt zu haben, unbrauchbar gemacht zu haben, kam in der Schilderung des Sturzes ihres Mannes zum Ausdruck. Auch darin, dass sie ständig telefonieren musste, um sich zu vergewissern, dass ihm nicht wieder etwas zugestoßen war.

Das Ganze spielte sich in so einer Geschwindigkeit ab, dass ich in diese Schilderung über den Ehemann hineingezogen wurde und zunächst nicht auf die Anfangssituation reagiert habe. Erst später konnte ich ihre Ungeduld am Anfang ansprechen in dem Sinne, dass sie es kaum abwarten konnte und vielleicht dachte, mich gestört zu haben. Die Patientin beruhigte sich sichtlich und begann zu meiner Überraschung über ihren Ehemann zu berichten, der ihr immer geholfen habe, ihr ganzes Leben lang habe er sie auch im Haushalt sehr unterstützt, zumal sie in ihrer Jugend in eine Glasscherbe gefasst habe und ihre rechte Hand verletzt habe. Erstmals berichtet sie davon, dass der Ehemann vor nicht allzu langer Zeit wegen einer unklaren inneren Blutung eine Bluttransfusion erhalten habe und seitdem bei ihr die Angst da sei, dass er sterbe könnte, und was dann?

Auf einer tieferen Ebene zeigte sich, dass die Patientin mit einer Seite in Berührung kam, die Bedürfnisse hat und sich angewiesen fühlt.

### Zusammenfassende Überlegungen

Jacobson schrieb: „... dass der depressive Patient nie aufhört, sich so zu verhalten, dass oftmals seine gesamte Umgebung, vor allem auch die Kinder, sich quälend schuldig fühlt und ihrerseits immer mehr in einer depressive Verfassung gebracht wird“ (Jacobson, 1971, S. 367). Der Ehemann der Patientin fühlte sich so, ebenso wie der jüngster Sohn, der nachdem der älteste geistig behindert zur Welt gekommen war, in die Rolle eines Partnerersatzes mehr oder weniger hineingezwungen worden war. Tatsächlich hatte das gesamte therapeutische Team begonnen, sich wie Frau B. zu fühlen. Wir fühlten uns zunehmend schuldig, weil wir keinen Weg finden konnten, therapeutisch zu intervenieren, und wurden selber depressiv und hoffnungslos, als ein Ergebnis des Versagens.

Jacobson hob hervor, dass einige depressive Patienten einen Circulus vitiosus herstellen können, der die Partner in die Flucht treibt – gerade dann, wenn ihre Liebe am meisten gebraucht wird. So auch bei Frau B. in dem Beispiel mit der kurzen Visitensituation, in der der Arzt seinen Ärger zum Ausdruck brachte, indem er sich als Psychiater und nicht als

Orthopäde bezeichnet hatte. Man kann schnell zu viel von solchen Patienten haben und dann selber anfangen, hart oder herablassend zu reagieren. Alles eigentlich eine Reaktion auf die eigenen Gefühle der Inadäquatheit. In der Folge verletzt man diese Patienten zu einem Zeitpunkt, wenn diese am bedürftigsten und verletzbarsten sind. Behandler werden also selber sarkastisch und kalt, weil ihre Patienten ihre Hilfe wiederholt ablehnen. Die anfängliche Reaktion auf einen Patienten mag ähnlich sein wie die von anderen aus dem Umfeld des Patienten, aber wenn die Mitarbeiter langsam die innere Objektwelt des Patienten kennenzulernen beginnen, dann können sie sich darum bemühen, die Projektionen mehr im Sinne einer „containing function“ aufzunehmen, als sich nur damit zu identifizieren. Passiert dies, dann ist der Teufelskreis durchbrochen.

Offensichtlich ist es nicht gelungen, die Patientin während des ersten zweimonatigen Aufenthalts wirklich zu verstehen und zu erreichen, und ich denke nicht, dass die Patientin daran unbeteiligt war. Erst in einer Fallbesprechung auf der Station wurde deutlich, dass die oben skizzierte „containing function“ nicht gegeben war. Entscheidend war die Stimmung im Team, die sich verändert hatte. Erst als der Ärger auf die Patientin und die tendenziell ablehnende Haltung deutlich wurde, veränderte sich in der Folge etwas in der Haltung gegenüber der Patientin, so dass eine tragfähige Beziehung möglich wurde.

Festgefahren erschien die Beziehung zu ihrem Ehemann, den sie stark entwertete und sogar als hilflos, beinahe dement beschrieb. Sie verhinderte, dass Kontakt zu ihm aufgenommen werden konnte, genauso wie sie ja während des ersten Aufenthaltes im Prinzip alles verhindert hatte. In diesem Übertragungs-Gegenübertragungs-Modell der Krankenhausbehandlung muss das therapeutische Team eine Offenheit behalten gegenüber den heftigen Gefühlen, die durch die Patienten induziert werden, was sicher sehr schwer ist und wie wir gesehen haben, nicht immer funktioniert. Wir versuchen das Untersuchen der Gegenübertragung in den therapeutischen Prozess zu integrieren. Die Mitarbeiter sollten sich deshalb frei fühlen, sich als sogenannter Container für die Projektionen des Patienten und die damit verbundenen Affekte zur Verfügung zu stellen.

Ich möchte nun zum Schluss kommen und eine weitere kurze Szene schildern, die sich in einer der letzten Visiten abspielt hat.

Frau B. stand mitten in ihrem Zimmer, saß also nicht wie sonst auf dem Bett und lächelte zur Begrüßung ganz kurz. Ganz leise antwortete sie auf meine Frage, wie es ihr ginge: „Scheinbar etwas besser.“ Ich fragte: „Wieso denn scheinbar?“, worauf sie antwortete, dass dies die anderen so sagten. Ich fragte: „Nur die ändern, Sie gar nicht?“, und sie lächelte wieder kurz und sagte: „Ich auch ein bisschen.“ Sie schilderte weiter, nicht ohne Stolz, dass sie erstmals ohne Begleitung einkaufen gegangen sei, dass es ihr aber weiterhin leichterfalle, wenn sie mit jemandem zusammen ginge.

Obwohl sie also im weiteren Verlauf Fortschritte machte (lebensdigere Beziehung zu ihrem Ehemann), erlebt sie sich auch heute noch die meiste Zeit über trotzdem als unfähig, hilflos, eine Gefühlslage, die sich in der Gegenübertragung genauso bei den unterschiedlichen Mitgliedern des Teams wiederfindet. Die Patientin projiziert diesen beinahe unerträglichen Gefühlszustand in die anderen, um etwas davon loszuwerden. Ich bzw. wir fühlen uns dann hilflos und als schlechte Therapeuten, die nicht in der Lage sind, adäquat zu helfen. Sie projiziert ihre Bedürftigkeit und Hilflosigkeit in die Mutter, die dann unsicher reagiert und diese Projektion bis zu einem gewissen Grad bestätigt.

## Literatur

- Böker H (Hrsg.) (2006): Psychoanalyse und Psychiatrie. Heidelberg: Springer
- Freud S (1917): Trauer und Melancholie. G.W. X, 427 ff. Frankfurt/M: Fischer
- Gabbard Glenn O (1994): Psychodynamic Psychiatry in clinical Practice. The DSM-IV Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hinshelwood RD (1993): Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Aus dem Englischen übersetzt von Vorspohl E. Stuttgart: Internationale Psychoanalyse
- Jacobson E (1971/1997): Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände. Übersetzt von Heinrich Deserno. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Ogden TH (1979): On projective identification. Int J Psychoanal 60:357-373
- Oschinsky AM, Adler L (Hrsg.) (2002): Psychotherapie in psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Regensburg: Roderer
- Segal H (1975/1992): Wahnvorstellung und künstlerische Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 168 ff.
- Symington N (1990): The possibility of human freedom and its transmission (with particular reference to the thought of Bion). Int J Psychoanal 71:95-106

### Kontaktadresse:

Dr. med. Alexandros Michaelides  
 Facharzt für Psychiatrie. Psychoanalytiker  
 (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung/IPA)  
 Erster Oberarzt des Furtbachkrankenhauses  
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Furtbachstrasse 6 • 70178 Stuttgart  
 Tel.: 0711-6465-128 • michaelides@fbkh.org