

## **Grenzlanderkundungen**

**Ansätze zu erweiterten Möglichkeitsräumen bei Persönlichkeitsstörungen**  
**Rudolf Jaspers**

Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen fordern uns heraus, neue und unbekanntere Wege in der Behandlung zu gehen und Grenzlanderkundungen vorzunehmen mit aller Behutsamkeit, aller Offenheit und allen Sicherungen, die uns zur Verfügung stehen.

In der Beziehungsarbeit mit diesen Patienten zeigen sich Störungstiefen und Intensitäten, die eine besondere Haltung und Flexibilität vom Analytiker verlangen.

Wir werden mit auffälligen Verhaltensmustern konfrontiert, die uns bisweilen mehr Leiden bereiten als dem Patienten, besonders dann, wenn seine Abwehr ichtsynton ist. Er erlebt dann seine Not als von Außen induziert und nicht als vom eigenen Inneren kommend. Wir, der Andere/das Gegenüber/der Analytiker empfinden aber dieses Leid oft als unerträgliche Spannungsladung, als Verlust der eigenen Kompetenz, verspüren Anwandlungen von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verzagtheit. Persönlichkeitsstörungen beeinflussen den Behandlungsverlauf enorm, da die Selbst- und Beziehungsregulation misslingt. Die unangepassten Formen der Beziehungsgestaltung beeinflussen die therapeutische Situation. Die eingeschränkte Symbolisierungsfähigkeit führt zum Agieren und zu Inszenierungen der Bedürfnisse und der Bedürftigkeit.

Meine Gedanken und Überlegungen erfolgen aus der Sicht eines niedergelassenen Psychoanalytikers mit den Beschränkungen und Freiheiten, die damit verbunden sind. Sie beziehen sich auf den Praxisalltag und auf das eigene verstandene und unverstandene Erleben in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Die klinische Perspektive mit ihrer spezifischen Innen- und Außenstruktur, führt möglicherweise zu anderen Schlussfolgerungen.

Es kommt eine 30jährige sehr attraktive Frau in meine Praxis auf Empfehlung ihres plastischen Chirurgen. Mein erstauntes Gesicht nimmt sie wahr und erläutert, sie wisse sehr wohl, dass sie eine Schönheit sei, edel geformt, alle würden ihr das bestätigen. Sie habe auch als Modell gearbeitet, aber sie erkenne sich nicht. „Ich schaue in den Spiegel und sehe nicht die, die ich bin, sondern ein anderes Wesen. Ich erschrecke, weil ich mir verloren gehe.“

Auch ich erschrecke über das Fremdheitsgefühl, spüre aber auch die tiefe Sehnsucht der Patientin, dass man sie erkenne, dass sie sich erkenne.

Sie hat sich von der Außenwelt abgeschottet, hasst die Menschen ihrer Umgebung, hasst sich und ihren Körper. Sie fühlt sich von ihren Primärobjekten bedroht und manipuliert. Die Mutter nimmt sie mit in ihre ärztliche Praxis für Haut- und Geschlechtskrankheiten und zeigt ihr an lebenden Personen die Auswirkungen sexueller Ausschweifung. Der Genitalbereich wird zu einer infizierten, wunden, stinkenden Kloake. Der Vater als kaltrechnender Ingenieur will sie ganz für sich, umgarnt sie mit entwertenden Botschaften. Sie soll nach seinen Vorstellungen ihr Leben gestalten.

Die Elternimages fordern Unterwerfung und Beschneidung erahnter Eigenimpulse.

Die erlebte Auslieferungstotalität führt zu einer Unterdrückung des Eigenen und zu einem verborgenen Hass, der Vernichtungsfantasien stimuliert, die ein verborgenes Schattendasein führen, immer auf der Lauer nach Beute. Ich spüre diesen lauernden Schatten zunächst als eine diffuse Innenbeunruhigung.

Die unverarbeiteten narzisstischen Kränkungen der frühen Objekte können den kindlichen Selbstschöpfungsfantasien keinen Raum zubilligen. Das Aussehen, die Kleidung, die Kontakte werden vorgeschrieben. Abweichungen sind mit Strafe, Missachtung, Liebesentzug, Drohung und Gewalt belegt. Allein die Flucht zu den Großeltern ist ein Ruhekitzchen.

Die Patientin entwickelt sich zu einer Marionette, die sich ihren Erzeugern unterwirft.

Unterwerfung wird zum Lebensentwurf. Als Vorführdame macht sie sich zum Objekt von Modeschöpfern, folgt willig den Anweisungen anderer Menschen, wird zur Gespielin, eine willfährige Puppe. Sie verliert sich selbst mehr und mehr, reagiert mit Panik und massiven Selbstverlustängsten als ihr Beschützer/Beherrscher ihrer überdrüssig wird. Sie entwickelt heftigste Symptome wie Angst, Unruhe, Schlaflosigkeit und paranoide Ideen.

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind im Bereich ihrer Selbstwertregulation, ihrer Selbststeuerung und ihrer Affektsteuerung eingeschränkt, sie erscheinen aber sensibilisiert für Kränkungen und Verletzbarkeiten. Die Fähigkeit einer lebendigen Beziehungsgestaltung ist häufig reduziert und führt in Folge zu starken Belastungen oder gar zu Zerstörungsaktivitäten, auch in einer vorwiegend haltgebenden Beziehungsstruktur. Der ichsytone Störungsansatz erschwert oder verhindert die Wahrnehmung der eigenen Anteile am Leidensgeschehen und deren Reflektion.

Die Kommunikation auf unbewußter Ebene zwischen Patient und Therapeut ist deshalb von einer anderen Beschaffenheit, affektiver, agierender, abgewehrter, verwickelter. Frühe Mangelserfahrungen haben sich in das Unbewußte eingegraben und führen dort ein Eigenleben. Die psychotischen und abgespaltenen Persönlichkeits- und Triebanteile

korrespondieren mit den abgespaltenen und abgewehrten Anteilen des Analytikers. Sie erfordern vom ihm ein Maß an Offenheit, Auseinandersetzung und Integrationsfähigkeit, die ihn bis an den Rand der psychischen Erschöpfung führen können.

In den ersten Behandlungsstunden erleben wir beide lange Schweigephasen. Sie gleitet in einen Zustand von präverbaler Intentionalität. Sie weiß zwar kognitiv, dass ich anwesend bin und spürt auch eine diffuse Verbindung, wird aber von der intentionalen Atmosphäre umschlossen. Sie entwickelt keine Gedanken, keine Assoziationen, keine Fantasie. Ich erlebe uns beide in einer grauschattigen Welt, alles verschwimmt, wie ein graues Rauschen, nur unterbrochen durch Atemstöße. Manchmal brechen dann eruptiv Erinnerungen durch, die ich wie in den Wind gesprochen erlebe. Sie sind noch nicht an mich gerichtet. Bruchstücke ihrer Leidensgeschichte, die sich langsam konturiert, werden hörbar. In ihrer größten inneren Zerfallsnot, als sie sich im Spiegel nicht mehr erkennt, kreiert sie eine Selbsttherapie. Sie entwirft für sich einen Selbstschöpfungsmythos. Sie erschafft und formt sich selbst. In ihrer Fantasie entsteht ein Körper, ein Modell ihrer selbst. Sie fertigt auf Papier einen Schnittmusterbogen von sich. Dabei greift sie auf ein Kinderbild von sich zurück, darauf ist sie 3 Jahre alt. Sie zeigt es mir später.

Schließlich begibt sie sich in die Hände von plastischen Chirurgen. Diese sollen den Selbstschöpfungsakt vornehmen. Der Selbsterschaffungswahn der Patientin füllt zwar den Geldbeutel, aber erfreut die plastischen Chirurgen nicht. Sie sind überfordert, verstehen nicht den psychischen Beweggrund und leiden unter der Kritik der Patientin, die mit dem Ergebnis nie zufrieden ist. Sie hat das Gefühl, dass die plastischen Schöpfungsgehilfen immer zu Schöpfern mutieren. Sie schaffen Veränderungen nach einem Schönheitsideal, das nicht mit dem Wunsch der Patientin übereinstimmt. Schließlich schicken sie sie zum Psychoanalytiker. Sie erscheint mit einer Warnung auf den gestylten Lippen. Ich solle ja nicht versuchen, ihr diese Operationen auszureden, denn diese seien das einzige, was sie am Leben hielte. Auf der Verhaltensebene scheint sie unter autoaggressivem Verhalten zu leiden. Sie lässt an sich herumschneiden, scheint ihren destruktiven Impulsen ausgeliefert zu sein, verletzt sich selbst, um sich zu spüren und sich zu vergewissern, dass sie noch lebt. Vielleicht zieht sie auch einen Lustgewinn aus den Schmerzen, ist masochistisch organisiert. Könnte es aber nicht auch eine Kontaktsuche, eine Kontaktsehnsucht, ein Beziehungswunsch sein?

Suchen die Menschen nach Lust, um eine Triebspannung abzuführen oder tritt Lustbefriedigung nicht viel mehr im Rahmen der Objektsuche auf, weil Lust ein starkes

Medium darstellt, um Verbindungen mit anderen Menschen einzugehen und aufrechtzuerhalten.“ (Mitchell 2003, S. 162). Sucht der Mensch nicht beides? Lust und Objekt.

Mitchell weiter: „- wenn die Suche nach Lustbefriedigung versperrt ist, suchen die Menschen nach Schmerz, weil Schmerz oft den direktesten Alternativzugang zu anderen bietet.“ (Mitchell 2003, S. 162)

Im weiteren Verlauf der Behandlung treffe ich auf eine stille Wut, erlebe die Patientin gefangen in ihren hasserfüllten Gedanken, entleert im Fühlen. Sie fühlt sich zertreten, zerstört, zerstückelt, dass alles wirft sie mir vor die Füße. Und sie lässt sich weiter operieren. Kommt zur Stunde direkt von einer OP. Tamponaden in den Nasenlöchern, Nahtstellen im Gesicht, Blutergüsse, aufgequollene Lippen. Wie kann ich sie erreichen? Wie halten, wie abbringen von dieser Autoaggression. Rettungsfantasien und Hoffnungen wechseln mit Aufgabewünschen, Bestrafungsimpulsen, Hassgefühlen auf den eigenen Körper. Immerhin will sie am Ende der Stunde nicht fort. Sie will bleiben, sich ganz klein machen. Sie hat Angst, ich könnte sie vergessen. Sie verwickelt mich, ich muss sie mit sanfter Gewalt hinausschicken. Ich werde deutungswütig, schlage ihr meine Deutungen und meine Agierverbote um die noch heilen Ohren. Irgendwann gebe ich meinen Widerstand auf, versuche mich dem Gefühl der Patientin zu öffnen.

Aus dem agierten Stundenschluss wird für mehrere Stunden ein szenisches Verabschiedungsritual. Sie scheint es zu genießen. Plötzlich gibt sie es auf, erst in der Rückschau wird besprechbar wie sehr sie sich nach einer Körpergrenze gesehnt hat. Und plötzlich sehe ich wie sie ihren deformierten, malträtierten, entkörpernten Leib auf die Couch legt, zerteilt und zerfallen, ein Zerrbild ihrer Körper- und Seelenganzheit, ein Seelenkörper, der mit dem Tod ringt, dem seelischen und dem körperlichen, der mühsam zusammengehalten wird von quälenden Symptomen, von Schmerzen und peiniger Not, in ein Schmerznetz eingezwängt wie eine zweite würgende Haut. Ich erfahre das alles seelenleibhaftig in der Gegenübertragung. Zwar habe ich den bequemen Therapeutensessel im Rücken, der sich aber plötzlich verhärtet und erstarrt wie mein eigener Körper. Ich finde in mir kein noch so feingefaltetes oder geblähtes Wort, der tosende Schmerz ergreift mich. Und dann entsteht eine Stille in der sich die Seelenbilder der Patienten und meine Fantasien zu einer psychodynamischen Struktur verbinden, die Verstehen und vielleicht Heilung ermöglicht.

Loewald schreibt: „Wenn der Analytiker nicht erfasst, dass er auf dem jetzt maßgebenden Niveau des psychischen Funktionierens des Patienten in dieses undifferenzierte Kraftfeld hineingezogen wird, kann er die Übertragungsbedeutung der Kommunikation des Patienten nicht angemessen deuten. Um das tun zu können, muss er in Kontakt mit jener psychischen Ebene im eigenen Inneren kommen- einer Ebene, auf der auch für ihn die Distanz und Getrenntheit zwischen seiner Person und dem Patienten reduziert oder aufgehoben ist. Die Ich-Grenzen, das heißt die ganze komplexe individuierende Organisation der Selbst-Objekt-Differenzierung, neigen zur Auflösung.“ (zitiert nach Mitchell 2003, S. 91).

Die destruktive Gewalt meiner Patientin, die in mir Gefühle von Angst, Überwältigung, Penetration, Strukturverlust hervorrufen, lassen mich ausweichen vor den eigenen seelischen Innenräumen. Ich habe in mir Taburäume geschaffen, um der Näheangst zu entkommen, die Versagung fordert wo Seelenansteckung angezeigt ist. Die Patientin bleibt in sich gefangen und ich in mir. Unsere Kontaktebene ist gestört. Immer wieder ergreift mich ein Mitgefühl, wenn ich die verzweifelten Bemühungen der Patientin nach Erhalt der Integration wahrnehme.

Ich spüre noch etwas anderes, ihre Unerbittlichkeit, ihre Sehnsuchtsstärke und ihre entgrenzte Verlassenheit, die mich erschüttern. Es geht ihr ja nicht um eine ästhetische Korrektur. Die Operation soll vielmehr ein Schöpfungsakt sein. Sie will erwachen und sich selbst erkennen und von anderen als die erkannt werden, die sie ist.

Hoher Geldeinsatz und Erdulden von Schmerz sind unbedeutend für das Ziel. Es geht nicht um Retuschierung oder Korrektur einer hässlichen Nase oder eines hängenden Lides, es geht um den Akt der Selbstschöpfung, der Selbstwerdung. Mit dieser Selbstschöpfungsfantasie als Inszenierung am eigenen Körper versucht sie, sich vor der drohenden Desintegration und der Gewalt ihrer narzisstischen Kränkung, d.h. vor dem Zusammenbruch ihrer Ich-Funktionen zu schützen. Sie spart jeden Pfennig, um ihre Sehnsucht zu realisieren, sich selbst nach ihrem eigenen inneren Bild zu erschaffen, Selbstschöpferin zu sein. Nur damit kann sie sich über die Demütigungen und über die massiven Bemächtigungsversuche ihrer Primärobjekte erheben. Diese hatten die Beziehungssehnsucht und die Bezogenheitswünsche zurückgewiesen. Ihre Objektsuche war zurückgewiesen worden, sie war auf der Beziehungsebene verloren gegangen. Aber die Sehnsucht nach objektbezogener Verbundenheit war bestehen geblieben in den OP-Inszenierungen.

Ich kann meinen starken Gegenübertragungsimpulsen, sie zu retten, sie zurechtzuweisen, sie zurückzuhalten, sie zu bestrafen, nur schwer standhalten. Es ist für mich äußerst schwierig ihre Operationsaktivitäten nicht nur zu dulden, sondern zu verdauen, ebenso wie ihre Klagen über das Misslingen der Operationen, ihre Enttäuschungen, wenn eine Operation nicht nach ihren Wünschen abläuft, ihre kurzen Hoffnungen und Euphorien anzunehmen, wenn eine Operation gelungen scheint, sie sich ein wenig ähnlicher fühlt, bis der kurze Stolz auf eine gelungene Kinnlinie wieder verfällt. Ich muss der Versuchung standhalten, ihr diese Operationen auszureden, muss konsequent ihren Weg der Selbstschöpfung und das darin enthaltene Beziehungsangebot begleiten und ihr Wege eröffnen, die es ihr erlauben, ihre Selbstschöpfungs- und Selbstverwirklichungsbedürfnisse zu symbolisieren. Ich muss mit ihr die schmerzlichen Niederlagen nach den Operationen teilen. Ich muss für sie die Hoffnung aufrechterhalten, ihr Plan könnte gelingen, auch wenn sie wieder und wieder erleben muss, dass der Operateur nicht ihrem Schöpfungswillen folgt, sondern seine Schöpfungsfantasie in sie hineinschneidet. Das Müssen fällt mir auf. Muss ich wirklich aushalten?

Aber wenn ich die Qual nicht mehr in mir halten kann und sie konfrontiere mit ihrer OP-Sucht, zieht sie sich zurück. Stunden werden abgesagt. Sie macht sich unerreichbar, zieht sich in den hintersten Winkel ihrer Wohnung zurück, schläft in der Besenkammer.

Ich frage mich immer wieder, ob ich sie verpasse, weil ich auf die psychische Ebene der Patientin nicht angemessen eingehe, aus einer Angst vor Verschmelzung und Grenzauflösung. „.. der Analytiker trifft seinen Patienten im ungeteilten Raum des Primärprozesses, oder: Patient und Analytiker begegnen sich in einem ungeteilten Raum, um sich allmählich gegenseitig zu finden und voneinander zu differenzieren.“ (Mitchell 2003, S. 91).

Mitchell geht in seinem Buch über Bindung und Beziehung von einem radikalen Beziehungsmodell aus. Ein eigenes Bewusstsein setzt immer das Bewusstsein anderer voraus. Er hinterfragt das individualistische Monadenmodell. Entwickelt sich die menschliche Psyche unabhängig oder unterliegen wir einem Missverständnis, weil „ wir einer basalen wechselseitigen Durchdringung unserer seelischen Zustände , welche die Einzelseele erst ermöglicht, keine Aufmerksamkeit widmen.“ (Mitchell 2003, S.26).

Bei meiner Patientin sind alle Formen der transformierten und symbolisierten Selbstverwirklichung und alle Formen der seelischen Bezogenheit im Beruf, in der

Partnerschaft und im Kunststudium gescheitert. Als letzte Bastion ihrer Selbstverwirklichungsidee und ihres Kontaktbedürfnisses bleibt der Körper. Die Patientin zwingt mich, ihren Körper mit ihren eigenen Augen zu sehen, will totale Bestätigung in ihrer Sichtweise. Jeglicher Versuch einer Symbolisierung oder einer Deutung scheitert. Ich werde dann zum negativen Übertragungsobjekt, will ihre Selbstschöpfung verhindern, werde beschimpft, moralisch und fachlich abqualifiziert oder die Patientin zieht sich gekränkt in sich selbst zurück, gerät in schwere Krisen, verkriecht sich in ihrer Wohnung, lässt sich verleugnen.

Ich fühle mich benutzt und begehre innerlich auf, entwickle aggressive Fantasien sowohl auf den Körper der Patientin als auch auf den eigenen. Ich beginne meinen eigenen Körper zu hassen und muss viel Arbeit aufwenden, um für mich immer wieder die symbolische Ebene der Selbstexistenz zu erarbeiten. Ich verstehe aber auch, wie sehr die Patientin an ihren Körper gefesselt ist. Er ist zum letzten Zufluchtsort vor Desintegration und psychischem Zerfall geworden. Sie hat auf ihren Körper als letztem Rettungsanker vor dem Selbstverlust zurückgegriffen. Sie hat ihre Sprache verloren, ihre Fähigkeit zur Symbolisierung. Ihr Überleben ist an eine Selbstschöpfungsfantasie gebunden, dieser beraubt, muss sie zerbrechen und müsste als letzte Rettung den Tod als Selbstaussdruck inszenieren.

Wie kann ich den Prozess der Desintegration aufhalten? Wie kann ich dem Hass standhalten? Wie kann es mir gelingen, mich nicht von dem Hass anstecken, mich nicht davon zerstören zu lassen? Was muss die Patientin leisten?

Was beinhaltet der Hass meiner Patientin für mich? Ein reiner Destruktionstrieb? Oder nicht doch auch eine Befreiungssehnsucht? Die Sehnsucht die alten übernommenen schweren Belastungen, die auf Körper und Seele drücken, die individuelle wie die überindividuelle Geschichte, die Macht und Archaik des kollektiven Unbewussten abzuschütteln und sich neu zu gebären, in einem Akt von Selbstschöpfung und einer Sehnsucht nach Unschuld. Diese Befreiungssehnsucht findet sich besonders deutlich in den Texten von Thomas Bernhard, der aufgrund seiner schweren körperlichen Schädigung, seiner Luft- und Atemnot, eine Hassbeziehung zu seinem Körper entwickelte, die es ihm ermöglichte, diese Energie des Hasses in den Dienst seines Ichs zu stellen.

Könnte hinter der Dynamik des Hasses nicht auch eine Sehnsucht nach Erkenntnis, nach Freiheit, nach Unbeschwertheit, nach Unschuld und nach neuen sozialen Bezügen stehen? In vielen Supervisionen habe ich die Erfahrung gemacht, dass Hassgefühle des Patienten und des Behandlers kaum thematisiert werden, stattdessen besteht immer eine gewisse Beschämung, wenn man als Supervisor die Hassdynamik in der Beziehungsstruktur aufdeckt und analysiert.

Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen neigen zum Agieren ihrer unbewußten Konflikthaftigkeit in der szenischen Gestaltung. Die Verbalisierung wird erschwert durch die Spaltungsabwehr oder durch Traumatisierungen auf präverbaler Ebene. Die erhöhte Bedürftigkeit, die verleugnet werden muss, wird dann über das Setting ausagiert. So verweigern Patienten die Couch, wollen mal sitzen, dann wieder liegen, akzeptieren die Vakanzregelung/das Ausfallhonorar ebenso wenig wie den Urlaubsplan, monieren die Einrichtung der Praxis oder das Outfit des Therapeuten und verwickeln ihn so rasch in eine verwirrende Beziehungsdimension, in der Grenzen verschwimmen und Sogtiefen und Strudel entstehen, die immer wieder eigene Haltepunkte erfordern.

Der Umgang mit szenischen Darstellungen, Inszenierungen und Enactments, hat sich im Rahmen der modernen Behandlungstechnik durchgesetzt. Die Aufarbeitung dieses Inszenierungen fördert unbewußtes Material zu tage. Man erlebt gemeinsam eine innere oder äußere Szene, die allerdings nicht immer im Hier und Jetzt verstanden werden kann, sondern bisweilen ritualisiert wiederholt wird oder irgendwann in sich zusammenfällt und erst dann besprechbar wird. Wie bei meiner Patientin, die über mehrere Monate immer beim Hinausgehen aus der Praxis das Flurlicht löscht.

Eine zentrale Frage, die sich mir bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aufdrängt, ist, ob mein postklassischer psychoanalytischer Ansatz für Verstehen und Behandeln ausreicht oder ob ich ein verändertes und differenzierteres Behandlungsmanual benötige.

Nach Dammann lassen sich grundsätzlich Behandlungsansätze ausmachen, die mal mehr den unterstützenden Aspekt , ein aktives Holding favorisieren oder mit modifizierten Settings arbeiten, etwa nur im Sitzen, mit niederer Frequenz, mit stark strukturierten Rahmenbedingungen, mit mehr Aktivität des Th., mit Eingriffen und Konfrontation, wenn der Patient selbstzerstörerisches Verhalten zeigt, einer Verhinderung von Acting outs, einer Fokussierung auf das Hier und Jetzt.

Er fragt, ob es spezifische Manuale und therapeutische Techniken braucht oder ob es nicht immer um „die mythische Trias“, die für alle Neurosen gelten - die Absolutsetzung (eines Wertes oder Ideals), die Spaltung (oder Polarisierung) und die Zwanghaftigkeit““ gehe? (Dammann 2005, S. 17).

Natürlich trage ich dem Umstand Rechnung, dass meine Patientin in einem regressiven Zustand verhaftet ist und ihr die therapeutische Ichspaltung kaum gelingt. Ich existiere noch nicht als ein Gegenüber. Ich werde entwertet und doch klammert sie sich an mich mit einer zähen Klebrigkeit. Sie führte mich in Grenzbereiche, die das Erlernte in Theorie und Behandlungstechnik in Frage stellen.

Aber darf ich mich diesen Gefühlen so ausliefern, mich so mitreißen lassen, mich so verwickelt fühlen, so ohnmächtig und hilflos oder auch verzweifelt, darf ich mich ergreifen lassen von Hoffnungslosigkeiten, mich von Affekten schütteln, von körperlichen Symptomen quälen lassen? Standhalten habe ich gelernt, Deuten habe ich gelernt, Einfühlung auch, aber wie gehe ich mit dem eigenen Agierimpulsen um. Darf ich mitagieren? Zwar weiß man heute, dass der Analytiker gar nicht anders kann als mitzuagieren, er ist keine getrennte Wesenheit, wenn man die unbewusste Kommunikation ernst nimmt. Dammann weist zu recht auf die Scham und die Schuld vor dem Agieren hin. „Dennoch überwiegt weiter eine Sichtweise in der Psychoanalyse, die das Handeln im Allgemeinen als problematisch ansieht und es dementsprechend zu einer Scham beim Analytiker führt, wenn er handeln muß.“ (Dammann 2005, S. 27). Er schlägt eine Form vor, in der es möglich wird, dass über „... das Verzahnen von Agieren und Reflektieren (auf Seiten von Patient und Therapeut), zunehmend zu einer Behandlungsposition zu gelangen, bei der beide Protagonisten reflektieren können...“ (Dammann 2005, S. 27). „Je strukturell gestörter ein Patient ist, um so mehr braucht er (etwa zur Mentalisierungsbildung) ein echtes, lebendiges Gegenüber. Eine rein „interpretative“, abstinente Haltung schafft dies vermutlich nicht. Andererseits besteht die Gefahr, dass man, wenn man als nur offenes, lebendiges Gegenüber, in einer Art „Realbeziehung“- etwa Elemente der Selbstoffenheit anwendend -in Erscheinung tritt, immer in Gefahr gerät, den (Phantasie-)Raum des Patienten mit zu viel Eigenem „vollzustellen“.“ (Dammann 2005, S. 42). Es braucht also „... eine Balance zwischen starkem persönlichen Engagement und sich zurücknehmender reflektierter Distanz zu leisten“. Dammann 2005, S. 42).

Die neuen Konzepte zur Verwendung der Gegenübertragung helfen dabei. Die behandlungstechnische Weiterentwicklung der Gegenübertragung, neuerdings

zusammengefasst von Plenker, stellen den Beziehungsaspekt und die dialogische Dimension in den Mittelpunkt der Behandlung und sind nicht mehr dem Ideal der einzig wahren Deutung verhaftet. In der analytischen Beziehungsarbeit geht es damit um ein gemeinsames Rängen und um ein Verstehen unverstehbarer, aber erlebter Affekte.

Wie kann ich den Entwicklungsprozess in der Arbeit mit meiner Patientin verstehen?

Ich gehe davon aus, dass ich mich mit meiner Patientin anfänglich in einer präsymbolischen, relationalen Matrix verbunden habe. Diese ist entscheidend bestimmt von der präsymbolischen Matrix, die sich aus den Interaktionen der Patientin mit ihren Bezugspersonen zusammensetzt und entsprechend meiner früh erfahrenen Matrix. Starke emotionale Erlebnisse überschreiten die kognitive Grenze zwischen Selbst und dem Anderen. Der Versuch mich davor zu schützen, mein Empfinden eines Selbstes als ein getrennter Einzelner aufrechtzuerhalten führte zu einer künstlichen Distanz in der Verstehen nur schwer möglich war. „Intensive Gefühlserfahrungen mit anderen im frühesten Lebensalter und, auf einer unbewußten Ebene, auch im späteren Leben gehen womöglich mit einer Verwischung der Grenzen zwischen Selbst und anderen einher, sodass sich unmöglich genau unterscheiden lässt, wer eigentlich wer ist.“ (Mitchell 2003, S. 165).

Ich war mit der Patientin verbunden auf einer Ebene, die starke Empfindungen hervorruft, aber sprachlich noch nicht symbolisiert werden konnte. Nach meiner Aufgabe der Abwehr gab es zwischen uns Erregungen und affektive Empfänglichkeiten, die sich nicht sauber zuordnen ließen und in unser beider Erleben eingeflossen sind. Wir befanden uns in einem Muster gegenseitiger Beeinflussung. Neben einer affektiven Durchlässigkeit kann eine fundamentale Grenzenlosigkeit erlebt werden. Intensive Gefühle wie Angst, sexuelle Erregung, Wut, Depression, Euphorie erzeugen beim anderen oft korrespondierende Gefühle, es kommt zu einer Affektansteckung.

In der Selbst-Objekt-Affekt-Konfiguration konnten wir differenzieren, wer wem gegenüber handelt. War sie das böse Mädchen und ich die böse Mutter oder sie die unzufriedenen Patientin und ich der gekränkte Therapeut, langsam wuchs ein Verständnis für diese wechselnden Interaktionsstrukturen und wir konnten sie benennen und erleben. In Folge konnte sie ihre OP-Aktivitäten aufgeben und begann zu malen. Ich durfte die Bilder aber nicht sehen, sie beschrieb sie mir. Langsam wuchs in mir ein Verständnis für die Einzigartigkeit der Patientin und für ihre Beziehungssehnsucht. Sie erlebte eine erste eine Verliebung, die aber unglücklich endete, da der Vater eifersüchtig aufkreuzte und Pflegebedürftigkeit anmahnte. Von mir forderte sie immer noch Verschmelzungsblicke, wollte

mich nur schwer in meiner Andersartigkeit anerkennen. Ich wurde dann zum negativen feindlichen Objekt. Doch je eher ich ihre Einzigartigkeit anerkennen konnte, auch für das, was mir zuwider lief, wurde ich freier in der Behauptung meiner Andersartigkeit und bisweilen forcierte ich konträre Meinungen. Es gab dann ein Phase spielerischer Kontroversen, Übernahme verschiedener Rollen und Positionen. Bis zum Ende der Behandlung, der durch die Kassenregelung vorgegeben und begrenzt war, blieb diese Position fragil für sie und bedurfte immer wieder der Klarifizierung.

Die Sehnsucht als menschliches Subjekt anerkannt zu werden, war sicher erreicht, aber die Notwendigkeit auch den anderen in seinem Wunsch anzuerkennen blieb fragil.

Heute wird der analytischen Beziehung, der persönlichen Beziehung zwischen den beiden Teilnehmern einer Analyse, eine fundamentale Bedeutung für Veränderungsprozesse zugestanden. Die Analyse wird damit zu einer wahrhaft intersubjektiven und authentischen Begegnung.

Mitchell schreibt: „Früher neigte man in der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie dazu, Trennung und Autonomie als Entwicklungsziele zu formulieren. Galt die Mutter (und in Analogie der Analytiker) bisher als reines Objekt kindliche Bedürfnisse (z.B. bei der „bedürfnisbefriedigenden“ Mutter der klassischen Triebtheorie oder bei Winnicotts „haltender Umwelt“), haben Benjamin und Chodorow zeigen können, dass es für die seelische Gesundheit eines Kindes (eines Patienten in der Analyse) viel wichtiger ist, ein Gefühl von Subjektivität und eigener Handlungsfähigkeit zu entwickeln, und zwar in einem Kontext von Bezogenheit, der es erlaubt, von einer Mutter (oder einem Analytiker) anerkannt zu werden und sich mit einer Mutter (oder einem Analytiker) zu identifizieren, die (oder der) selber ein Subjekt aus eigenem Recht ist.“ (Mitchell 2003, S. 110).

Daher formuliert Streeck: “ Psychotherapeutische Behandlungen vollziehen sich nie nur in der Dimension der gesprochenen Sprache und sind nie nur sprachliche Mitteilungen und Deutungen dieser Mitteilungen. Der Patient behandelt sein Gegenüber, und der Psychotherapeut behandelt seinerseits den Patienten, nicht nur mit Hilfe von Deutungen, sondern mit allem, was er tut und wie er das tut“. (Streeck 2000, S. 48).

Der Körperhass schützte meine Patientin vor Selbstverlust. Ihr Körperhass war Ausdruck eines tiefen Selbstfindungswunsches, der einherging mit Fantasien und Vorstellungen über sich selbst und einer selbsterschafften Identität, einem Selbstschöpfungsmythos. Die körperliche Selbstidentität bildet die Basis für die nachfolgenden Symbolisierungen. Den Leib als Eigenes zu begreifen ist Voraussetzung für die seelische Individuation und dazu gehört der Hass als struktur- und energiegebendes Element.

Ich fasse zusammen:

Die Intersubjektivität in der Therapie erfordert keine besonderen Manuale, sondern eine Differenzierung zwischen Expressivität und Zurückhaltung in der analytischen Beziehung. Sie erfordert ein Überdenken und eine Neudefinition von Begrifflichkeiten wie Agieren, Inszenierung, Abstinenz, therapeutischer Raum, therapeutisches Setting, einen anderen Umgang mit Fragen und Nähwünschen unserer Patienten und ein erweitertes Diskussionsforum. All das möge sich in der Ausbildung unserer Kandidaten wiederfinden. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die sich weniger angepasst zeigen, fordern uns heraus, neue Behandlungsbereiche zu erschließen und damit Grenzlanderkundungen vorzunehmen, die auch von uns einen neuen Mut erfordern.