

Dr. jur. Dipl.-Psych. Giuletta Tibone, München

„Behandlungstechnische Aspekte, die das hilfreiche Potential einer Psychoanalyse beeinträchtigen – aus der Erfahrung der Vertrauensleute mit Patientenbeschwerden“

Teil I

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir freuen uns, dass Sie zu dieser offenen Veranstaltung der Vertrauensanalytiker der DGPT gekommen sind.

Den Austausch mit Ihnen sehen wir als wichtigen Teil unserer Aufgabe und als Chance, einen gemeinsamen Reflexionsprozess über kritische Verläufe und Misserfolge in unserer Tätigkeit als Psychoanalytiker anzustoßen, mit dem Ziel, uns alle auf manche problematischen Konstellationen und innere Positionen aufmerksam zu machen, die zu einer Sackgasse im therapeutischen Prozess führen und sich schädlich auf die Entwicklung unserer Patienten auswirken können.

Uns geht es darum, einen Raum zu öffnen, in dem **auf konstruktive und offene Weise über Fehler geredet werden kann**, in der Hoffnung, dass sich diese Haltung auf unseren beruflichen Alltag in den Praxen, in Interventionsgruppen und Ausbildungsinstituten überträgt – was auch in präventiver Hinsicht in unseren Augen dringend wünschenswert ist.

Neben Frau Kammerer-Pinck und mir sind auch andere Vertrauensanalytiker der DGPT im Saal anwesend, die sich an der Diskussion beteiligen werden.

Um eine Struktur dieser Einführung zu erarbeiten, haben wir uns, wie üblich, an dem roten Faden der Inhalte der vielfältigen Beschwerden von Patienten orientiert, die uns in den vergangenen fünf Jahren beschäftigt haben¹. Es lassen sich darin, was die Haltung der behandelnden Kollegen betrifft, **drei Hauptphänomene** erkennen, auf welche wir im Folgenden eingehen werden, indem wir die psychische Problematik insbesondere auf Seiten des Analytikers erläutern. Die drei Bereiche weisen freilich vielfach Verbindungen zueinander auf.

Anschließend würden wir uns darüber gerne und ausführlich mit Ihnen austauschen und hören, ob Sie als Kollegen, Kandidaten oder Vertrauenspersonen und Mitglieder von Schiedskommissionen von Instituten oder Gesellschaften Erfahrungen mit ähnlichen Konstellationen haben.

Wenn man die Literatur zum Thema „Rahmen“ oder „schwierige Übertragungs-Gegenübertragungskonstellationen“ betrachtet (s. z. B. G. Bruns, 2005; U. Kreuzer-Haustein, 2008; W. Hübner, 2009; J. M. Scharff, 2009; D. Pflichthöfer, 2011), stößt man auf interessante Ausführungen, die sich in der Regel auf therapeutische Szenarien beziehen, in denen die reflexive

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in diesem Text durchgehend das Maskulinum gewählt.

Selbstverständlich sind jeweils beide Geschlechter gemeint.

Wenn von „Patienten“ oder „Analysanden“ die Rede ist, sind auch Lehranalysanden - die uns oft konsultiert haben - gemeint.

Fähigkeit des Analytikers noch vorhanden ist, schwierige Entwicklungen mit Unbehagen, schmerzhaft wahrgenommen und letzten Endes auf eine Weise verarbeitet werden, dass ein erweitertes Verständnis von dem, was sich zwischen Analysandem und Analytiker abspielt, in weiterbringenden psychodynamischen Facetten möglich wird. In diesen Vignetten findet ein - wenn auch manchmal beeinträchtigter - therapeutischer Dialog immer noch statt, Kommunikation ist in der analytischen Beziehung möglich. Die Fälle, die uns beschäftigen, sind hingegen meist dadurch charakterisiert, dass die Dimension des Unverständnisses und das „Nicht-Sprechen-Können“ überwiegen, dass der **Dialog** in der Dyade bereits **zusammengebrochen** ist (Verglichen mit den feinen reflexiven Beispielen der theoretischen Abhandlungen scheint unser Blick eher auf eine gewisse - sonst kaum sichtbare - Alltagsmisere der analytischen Praxis gelenkt zu werden). Die - meist von den Patienten ausgehende - Kontaktaufnahme mit einer Vertrauensperson ist auch als Versuch zu verstehen, eine zerstörte kommunikative Ebene mit einem neutralen Dritten wieder zu etablieren, in der Hoffnung, eine nicht hilfreiche oder gar bedrohliche Entwicklung symbolisch zu verarbeiten, emotional zu verstehen und dadurch zu überwinden bzw. integrieren zu können. Selten kann es sogar gelingen, den Dialog zwischen den ursprünglichen Akteuren wieder zu beleben. In vielen Fällen aber bleibt es bei der triangulierenden Hilfestellung, die im besten Fall als sicherheitsgewährende Basis für eine Neuorientierung der Patienten dient.

1. Die erste der drei problematischen Haltungen von Analytikern, die nach unserer Erfahrung zu Beschwerden führen², betrifft die **Schwierigkeit des Analytikers, mit Konflikten umzugehen**.

1. a) Zum einem besteht ein charakteristischer Verlauf darin, dass der Analytiker aggressiven Inhalten der Übertragung des Patienten eher gleichgültig, „lauwarm“ begegnet, ohne dass ihm die sich anbahnende Gegenaggression in der Gegenübertragung deutlich bewusst wird. Diese Konstellation kann also nicht in der Beziehung bearbeitet werden; es folgt - in unterschiedlichen Stadien der Behandlung - eine Eskalation, in der der Analytiker seine aufgestaute aggressive Gegenübertragung agiert (z. B. durch kalte oder schroffe Abgrenzung; durch einen aggressiv/strafenden Umgang mit Diagnosen oder eine Diagnoseverschlechterung - was im Ausbildungskontext schwerwiegende Folgen für die berufliche Zukunft des Lehranalysanden haben kann; durch Verweigerung einer Verlängerung der Therapie, die vom Patienten gewünscht wird, ohne Angabe überzeugender Gründe; durch Abbruch der Therapie; durch Verweigerung der Fortführung einer Analyse nach einer stationären Behandlung, ohne Auseinandersetzung und plausible Erklärung für den Patienten; durch Kontakt- und Sprechverweigerung). Oft liegt dieser - sich in unterschiedlichen Verläufen zeigenden - Dynamik eine nicht erkannte Identifikation des Analytikers mit der - gefürchteten - aggressiven Thematik des Patienten zugrunde.

2 Unsere Auflistung beansprucht keine Vollständigkeit.

In präventiver Hinsicht wichtig im Hinblick auf diese problematische Konstellation wäre es für uns alle, auf schleichend erscheinende negative Gegenübertragungsgefühle zu achten, ihren Ursprung zu verstehen, eventuelle Hemmungen, solche Gefühle produktiv für die Behandlung zu verwenden (was oft mit einer Klärung der Kommunikation mit dem Analysanden einhergeht), durch Super- oder Intersision zu erkennen und aufzulösen.

Unsere Erfahrung mit ratsuchenden Patienten zeigt, dass ganz unterschiedliche psychodynamische Hintergründe auf Seiten der Patienten vorliegen können. Wir vermuten, dass die Beschwerden, die uns erreichen, nur einen Bruchteil der tatsächlichen problematischen Fälle darstellen. Nur psychisch relativ starke Patienten sind imstande, eine Beschwerde vor einem Dritten zu artikulieren und sich Rat zu holen; dies geschieht oft lange Zeit, nachdem die berichteten Ereignisse stattgefunden haben. Es ist immer wieder, wenn auch nicht in jedem Beratungsfall, eindrucksvoll zu beobachten, wie eine neutrale und klärende Intervention, die sich – wenn möglich - bemüht, die für den Patienten qualvolle und unerklärliche Dynamik in der früheren Therapie zu benennen und verständlich zu machen, imstande ist, sein psychisches Leiden zu mildern und ihn so weit mit der Repräsentanz des früheren Therapeuten zu „befrieden“, dass die vorangegangene Analyse auch in ihren guten Aspekten – d. h. in ihrer Ambivalenz – erlebt werden kann. In solchen Fällen wird - auf Initiative des Patienten - ein Stück des in der früheren Analyse entfalteten, aktuell brachliegenden kommunikativen Prozesses im Austausch mit dem Vertrauensanalytiker wieder in Gang gesetzt. So kann beim Vertrauensanalytiker auch das eigentümliche Gefühl entstehen, dass der Patient letzten Endes - durch sein Leiden motiviert - im Sinne seiner psychischen Entwicklung eher nach einem psychoanalytischen Verständnis der Beziehungsimpasse in der vorangegangenen Analyse trachtet als der betroffene Kollege (In solchen Fällen imponiert der Patient als das an einer weitergehenden psychoanalytischen Reflexion interessierte Subjekt der ehemaligen analytischen Dyade)³.

1. b) Die Schwierigkeit des Analytikers, mit Konflikten umzugehen, tritt als Gegenstand unserer Konsultationen auch in Erscheinung als relatives Unvermögen, mit starken Nähe-Wünschen von Patienten umzugehen. Solche Übertragungsangebote, die oft mit einer ausgeprägten Idealisierungskomponente auftreten, beinhalten meist mehr oder minder offenliegende Kontrollbestrebungen der Patienten – die sich genetisch aus der Erfahrung eines ersehnten, aber als unzuverlässig erlebten primären Objekts herleiten. Im uns aufgefallenen, charakteristischen Verlauf nimmt der Analytiker zunächst eine allzu gewährende Haltung ein und hat Schwierigkeit, Nähe und Distanz in der Beziehung zum Patienten zu regulieren und die an ihn herangetragenen Wünsche nicht zu erfüllen. Später vollzieht er dann eine abrupte und für den Patienten unverständliche Abwendung, in welcher eine - früher latente und wohl abgewehrte - aggressive

³ All die im letzten Absatz aufgeführten Betrachtungen gelten für die Tätigkeit der Vertrauensleute im allgemeinen.

Gegenübertragung endgültig zum Ausdruck kommt (Diese sich zunächst im Verborgenen entwickelnde negative Gegenübertragung ist am Schluss angereichert von der Enttäuschung und der Frustration des Analytikers darüber, dass sein überhöhtes Engagement nicht gefruchtet zu haben scheint). Auch bezüglich dieser Konstellation wäre es in präventiver Hinsicht für den Analytiker wichtig, einerseits auf eigene Wünsche zu achten, dem Patienten in besonderer Form nah zu sein, ihm mit besonderer Zuwendung zu bedenken, beispielweise als „bessere Bezugsperson“ zu fungieren und vom Patienten als solche anerkannt zu werden. Solche Gegenübertragungsgefühle, wie auch die später, oft plötzlich einsetzende aggressive „Befreiungsstimmung“ des Analytikers sollten im besten Fall ausführlich in Super- oder Intersession besprochen, gehalten und so weit verarbeitet werden, dass ein konstruktiver Umgang in einer freieren und differenzierteren Interaktion mit dem Patienten möglich wird. Patienten, die eine Analyse mit dem Gefühl beenden, verstoßen worden zu sein, sind oft über längere Zeiträume hinweg von Scham erfüllt. Auch in diesen Fällen ist es nicht ungewöhnlich, dass eine Beschwerde – wenn überhaupt – nach Jahren erfolgt.

2. Ein zweiter, als Hintergrund von Beschwerden auftretender Bereich betrifft **das Unwissen des Analytikers**⁴, das sich z. B. in der falschen Einschätzung oder im Nicht-Erkennen einer Störung, in Diagnose- oder Indikationsfehlern, im Beibehalten eines erfolglosen Vorgehens („Holzwegs“) und in der Nicht-Beachtung alternativer Maßnahmen zeigen kann. Besonders problematisch wirkt sich das Unwissen aus, wenn es mit rechthaberischer und machtbewusster Haltung gekoppelt ist. In diesem Fall ist die dialogische Dimension der analytischen Beziehung grundsätzlich beeinträchtigt, weiterführende Hinweise und Rückmeldungen des Patienten werden – wenn überhaupt artikuliert – überhört. Die Übernahme einer Machthaberrolle anstelle einer analytischen Position wird durch die innere Notwendigkeit des Analytikers begünstigt, eigene Gefühle der Verwirrung, der Ohnmacht (die unserer Arbeit per se innewohnen) sowie der Aggression abzuwehren – nicht selten auf dem Hintergrund einer projektiven Identifizierung mit dem Patienten. Stattdessen ist, wie von G. Bruns (2005, S. 455) ausgedrückt, *„die psychoanalytische Beziehung insofern charakterisiert durch einen strukturellen Machtverzicht auf der Realebene und einen zirkulären Ablauf der Zuerkennung, Aufnahme und Dekonstruktion von Macht auf der Übertragungs-Gegenübertragungsebene“*.

In präventiver Hinsicht wäre hier uns allen zu empfehlen, uns um eine offene, flexible, aber nicht haltlose innere Position zu bemühen, in welcher die eigene Begrenztheit, die eigenen Zweifel angenommen und zugleich die Suche nach einem besseren analytischen Vorgehen fortgeführt wird. Ebenfalls wichtig ist, Gefühle der Hoffnungslosigkeit und des Misserfolgs im Kampf mit der Störung des Patienten früh genug im vertrauten kollegialen Milieu zu besprechen.

4 Auch dieser zweite Bereich weist Verbindungen mit dem Thema der relativen Unfähigkeit des Analytikers, mit Konflikten umzugehen, auf.

3. Der dritte und letzte Bereich, auf den sich Beschwerden an die Vertrauensleute beziehen, betrifft **Phänomene der Funktionalisierung der analytischen Beziehung zu eigenen Zwecken des Analytikers im eigentlichen Sinne**: Es handelt sich hier um ein weites Feld, das sich von der Inanspruchnahme von Diensten von Analysanden bis hin zur sexuellen Verführung und zum sexuellen Missbrauch erstreckt und auch Verhaltensweisen wie das unerlaubte Publizieren oder den finanziellen Missbrauch⁵ einschließt. All diese unterschiedlichen Fälle sind dadurch charakterisiert, dass die Bedürftigkeit des Analytikers und/oder sein Wunsch, einen Vorteil für sich zu erzielen, sich sozusagen als ein Fremdkörper in den Behandlungskontext einschleichen und ihn sprengen⁶. Auch handelt es sich hier um bewusste Handlungen des Analytikers, die oft eine Planung voraussetzen. In all diesen Fällen haben Analysanden – je nach Fall mit mehr oder minder destruktiven Folgen - nachträglich das Gefühl, dass es in der Behandlung nicht um sie, sondern um das , wie auch immer geartete, Interesse des Analytikers, gegangen ist, das sich ihrer eigenen Problematik quasi aufgestülpt hat. In diesem „Nicht-Gemeint-Sein“ drückt sich auf unterschiedliche Weise das eigentlich Missbräuchliche der Behandlungen aus, die im übrigen meist dem Analytiker bekannte, missbräuchliche Szenarien in der Genese der Patienten traumatisierend wiederholen.

Auch deswegen ist es im allgemeinen für die Patienten sehr schwer, sich zu einer Beschwerde aufzuraffen. Am schwersten sicher für die Opfer sexueller Grenzverletzungen, die auch nach unserer Erfahrung kaum früher als 8 bis 10 Jahre nach dem Missbrauch zu einer Beschwerde in der Lage sind. Uns scheinen im übrigen solche Beschwerden in keiner Weise abzunehmen (anderer Meinung sind unsere Kollegen Vertrauensleute der DPG in ihrem interessanten Artikel im Forum der Psa. 2011⁷). Die vorgetragenen Beschwerden von Patienten und Kandidaten sind in unseren Augen als die Spitze eines Eisbergs zu betrachten.

In Fällen der Funktionalisierung der analytischen Beziehung zu eigenen Zwecken des Analytikers greift ein präventiver Ansatz kaum. Die Funktionalisierung erfolgt meist bewusst und zeigt sich eindrucksvoll als Teil einer privaten, devianten therapeutischen Theorie des Analytikers, die sich erst nach der Aufdeckung des missbräuchlichen Verhaltens in Gesprächen offenbart. (Am verbreitetsten ist die Rationalisierung, die Patientin durch sexuelle Handlungen oder durch die Aufnahme einer sexuellen Beziehung retten zu wollen. Dieser Rationalisierung, welche die Erfüllung eigener Bedürfnisse des Therapeuten verschleiert, liegen oft grandiose Heileridentifikationen zugrunde.) In diesen Fällen äußert sich der Analytiker bewusst nicht in

5 Problematische Regelungen im Hinblick auf die vierte wöchentliche Stunde fallen immer wieder auf.

6 Die Erkenntnis, dass der Rahmen der Behandlung nicht mehr vorhanden war, wird oft vom Analysanden sehr viel später gewonnen. Auch sehr naive Analysanden registrieren aber in der Regel mit kaum sagbarem Unbehagen die sich anbahnenden Rahmenverletzungen und können später deutlich darüber berichten.

7 Ruff, W.; von Ekesparre, D.; Grabenstedt, Y.; Kaiser-Livne, M.; Längl, W.; Nagell, W.: Behandlungs- und Kunstfehler in der Psychoanalyse. Forum Psychoanal. 27, 2011, 43-60.

Intervisionskreisen zu seinem Verhalten. Nach Aufdeckung des Missbrauchs ist eine erneute, intensive analytische Behandlung des Kollegen unabdingbar. Deren Prognose wird günstiger ausfallen, wenn der Analytiker unter besonderen, akuten persönlichen Belastungen vereinzelt auffällig geworden ist und wenn er aufrichtig das verursachte Leiden nachvollziehen, bedauern und wiedergutmachen kann.

Zur Generalprävention in Instituten und Fachgesellschaften gehören unbedingt Aufklärung und tiefgehender fachlicher Austausch über die Entstehung und die Dynamik von Grenzverletzungen unter Kollegen und Kandidaten (Inzwischen sind die letzteren oft – auch unter dem Druck der staatlichen Prüfung, die ethische Inhalte voraussetzt, – besser informiert als vor längerer Zeit ausgebildete Analytiker). Immer wieder muss betont werden, dass für jeden von uns von wesentlicher Bedeutung ist, dass wir auf die Erfüllung unserer emotionalen und sexuellen Bedürfnisse in unserem privaten Milieu achten und auf professionelle Unterstützung unbedingt zurückgreifen sollten, wenn Gefühle der Überforderung und Vereinsamung überhand nehmen. Zugleich muss im Bereich der psychoanalytischen Ausbildung und Praxis (unter Kollegen sowie unter Lehranalytikern und Supervisoren) immer wieder betont werden, dass erotische Gefühle und Verliebtheit Patienten gegenüber im kollegialen Austausch und in der Supervision offen thematisiert werden müssen (s. N. Bridges, 1998; O.F. Kernberg, 1998, S. 173 ff.), weil sie für die Behandlung fruchtbar verarbeitet werden und letztlich zur Bereicherung und Festigung der Persönlichkeit des Therapeuten führen können.

Wenn ein Kollege oder ein Kandidat von möglichen Grenzverletzungen durch andere hört, muss gewährleistet sein, dass er sich an eine Vertrauensperson wenden kann, um zur Klärung beizutragen. Die Vertrauensperson kann dann den betroffenen Kollegen vertraulich ansprechen. Selbstverständlich kann auch immer – ohne Miteinbeziehung der Vertrauensanalytiker - eine direkte, freundliche Kontaktaufnahme mit dem betroffenen Kollegen angestrebt werden, vor der viele aber zurückscheuen. In beiden Fällen ist ein Gespräch mit dem belasteten Kollegen als notwendige, hilfreiche kollegiale Handlung geschuldet und nicht als indiskret oder verfolgend zu werten.

Dr.rer.soc. Dipl.-Psych. Eva Kammerer-Pinck, München

„Behandlungstechnische Aspekte, die das hilfreiche Potential einer Psychoanalyse beeinträchtigen – aus der Erfahrung der Vertrauensleute mit Patientenbeschwerden“

Teil II

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte mich im folgenden auf die von Frau Tibone beschriebenen **3 Hauptphänomene** beziehen, 1. die Schwierigkeit des Analytikers mit Konflikten umzugehen, 2. das Unwissen des Analytikers und 3. Phänomene der Funktionalisierung der analytischen Beziehung zu eigenen Zwecken, und sie anhand von zwei Fällen verdeutlichen. Insbesondere soll auch der in unseren Konsultationen immer wieder beobachtete **Zusammenbruch der analytischen Beziehung** beleuchtet werden.

Wie Frau Tibone eindrucksvoll geschildert hat, können manche Analytiker mit den **Nähewünschen der Patienten nicht umgehen** (Phänomen 1b). Im Folgenden möchte ich zur Verdeutlichung einen Fall schildern, der nicht aus unseren Konsultationen stammt, sondern einer Folgetherapie entnommen ist

Herr L. wurde der Analytikerin von einem Kollegen geschickt, den sie sehr wertschätzte. Eigentlich war sie von Anfang an von seinen **massiven Nähewünschen** überfordert. Schon vor der ersten Sitzung hatte er die Umgebung der Praxis erforscht und stand bereits im Vorgarten, als sie 10 Minuten vor der ersten Sitzung die Praxis betrat. Sie entschied sich dennoch mit dem Patienten zu arbeiten, zum einen weil er ihr leid tat, zum anderen, weil sie den überweisenden Kollegen nicht enttäuschen wollte.

Die Behandlung war von Anfang an problematisch: Einerseits nahm die Analytikerin die Nähewünsche des Patienten wahr, andererseits hielt sie die massiven Aggressionen und Entwertungen des Patienten kaum aus. Auch hatte sie Schwierigkeiten, Grenzen zu ziehen und ihren privaten Raum zu schützen. So hielt sich der Patient oft in der Nähe ihres privaten Hauses auf, machte ihren Geburtsort ausfindig, bereiste die Gegend und äußerte sich anschließend abwertend darüber.

Die Analytikerin erkannte nicht, dass sein Kampf um ihre Zuwendung seine Art war, seine Nähewünsche auszudrücken. Der intelligente Patient, der sich hervorragend artikulieren konnte, hatte keine sprachlichen Möglichkeiten, seine Schwäche und sein Bedürfnis nach Nähe mit zu teilen. Des weiteren war es ihr entgangen, dass es seine Überzeugung war, dass sie ihn „heilen“ könnte, wenn sie nur wolle. Entsprechend erlebte er die Stagnation der Behandlung nach der Anfangsphase als aggressive Äußerung ihrer Person und wehrte sich mit seinen möglichen Mittel.

Bei der A. wechselten sich Verständnis, Mitleid und Überangebot mit genervtem Rückzug ab. Da die Analytikerin zunehmend Angst vor ihrem Patienten bekam, fürchtete sie sich, ihn mit seinen Allmachtsphantasien zu konfrontieren. Stattdessen verhielt sie sich abwartend. Nach anfänglicher Besserung, stagnierte die Behandlung und eskalierte schließlich. Zu dieser Zeit befand sich die A. familiär in einer sehr belastenden Situation. Ihr Vater war vor kurzem gestorben. Entsprechend hatten die beteiligten Stressoren ein erhebliches Gewicht an dem zunehmenden **Verlust ihrer analytischen Kompetenzen** (vgl. Gabbard 2003). Da die Stunden die Analytikerin über die Maßen beschäftigte, räumte sie ihrem Patienten Zusatzstunden ein. Die Analytikerin litt zunehmend unter Versagensgefühlen, Minderwertigkeitsgefühlen, Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen. Auch fühlte sie sich von ihrem Patienten verfolgt und spürte Hass- und Feindseligkeitsgefühle in der Gegenübertragung, konnte sie jedoch nicht einordnen und verstehen. Anstatt sie zu analysieren, **agierte sie diese aus**, was anfangs zu Irritationen später zu Selbstwertverletzungen des Patienten führte² (vgl. Gabbard 2003, Klotter 2000, Pflichthofer 2011). Ihr unbewusster Wunsch den Patienten los zu werden führte dann zum **Zusammenbruch der analytischen Beziehung**. Der Zusammenbruch der Interaktion zwischen Patient und A. konnte nicht mehr belebt werden, da es der Analytikerin nicht mehr gelang, in eine beobachtende Position zurückzukehren, die **Wiederherstellung des analytischen Raumes** misslang. Die zunächst abgewehrte Destruktivität der Analytikerin führte dann wohl dazu, dass sie schließlich einen Sportunfall erlitt und sich die Schulter brach. Der Patient wandte sich in der Zeit ihrer Krankheit an einen Krisendienst, der ihm eine andere Analytikerin vermittelte. In diesem Fall war es der Patient, der sich abwandte. In den Fällen, die unseren Beschwerden zugrunde liegen, wenden sich meist die Analytiker ab, die Therapie wird dann abgebrochen oder nicht fortgeführt.

Der Fall zeigt, wie das Nicht-Umgehen-Können mit **Nähewünschen** und den entsprechenden Konflikten zu einem Zusammenbruch der reflexiven Funktion der Analytikerin führte. Des weiteren wird deutlich, wie die von Frau Tibone beschriebenen Phänomene ineinandergreifen: Zum einen konnte die Analytikerin mit den massiven **Nähewünschen** des Patienten nicht umgehen, die dieser nicht verbalisieren, sondern nur kämpferisch agieren konnte. Sie fühlte sich von seiner aggressiven, kämpferischen Art überfordert. Des weiteren **verstand** sie jedoch auch die Dynamik der Nähewünsche nicht, was zu behandlungstechnischen Fehlern führte. Auch **übersah sie die massive**

²Gegenübertragungsagieren aufgrund von nicht entdecktem Gegenübertragungshass kann nach Gabbard zu schlimmen Szenarien führen, in denen der Analytiker dem Patienten zu verstehen gibt, dass er ihn ablehnt (Gabbard 2003).

Idealisierung und die Omnipotenzzuweisungen des Patienten, was die Übertragungs- und Gegenübertragungsverstrickungen noch verstärkte. Aufgrund ihrer **fachlichen Unwissenheit** geriet die Analytikerin in eine Situation in der sie die Übertragungsaggression des Patienten nicht mehr ertrug und sie den unbewussten Wunsch entwickelte, den Patienten los zu werden (Kreuzer-Haustein 2008).

Hier wird deutlich, wie notwendig die regelmäßigen Gespräche mit Kollegen in Intervisionen und Supervisionen sind und wie wichtig die genaue Beobachtung der Gegenübertragungsdynamik ist. Gegebenenfalls – bei eigenen starken Belastungsgefühlen - sollte man ein weiteres Stück Analyse in Betracht ziehen. Auch sollte es zu denken geben, wenn wir uns dabei ertappen, dass wir im Gespräch mit Kollegen Behandlungsabläufe verschweigen.

Der von Frau Tibone abschließend beschriebene Bereich – „**Phänomene der Funktionalisierung der analytischen Beziehung zu eigenen Zwecken**“ (Phänomen 3) ist dadurch charakterisiert, dass hier der Analytiker den Patienten benutzt oder gar ausbeutet, um eigene, in der Regel narzisstische Bedürfnisse zu befriedigen. Meistens geht einer schweren Grenzverletzung eine ganze Reihe leichter Grenzverletzungen voraus oder begleitet sie, wobei wohl ähnliche Mechanismen wirksam sind. Auffallend sind die Omnipotenzgefühle und –zuschreibungen der Analytiker in diesem Bereich: sie fühlen sich als etwas Besonderes, glauben, den Patienten retten zu können, wollen ihn an ihrer Allmacht teilhaben lassen und drängen ihn sie zu idealisieren. Analytiker, die sich im Laufe der Jahre in dieser Richtung entwickelt haben, verlieren ihre **analytische Kompetenz**, insbesondere ihre Fähigkeit, sich in ihre Patienten einzufühlen. Da sie aber oft - wie auch andere narzisstisch gestörte, aber angepasste und begabte Personen - über andere bemerkenswerte Eigenschaften verfügen, wie eine schnelle Auffassungs- und Beobachtungsgabe oder ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten, bleiben sie immer wieder unter Kollegen unerkannt, sind vielfach erfolgreich und können verheerenden Schaden anrichten (Gabbard 2003, Sandler 2003). Unerkannt sind sie auch deshalb, weil sie in ihren langen Lehranalysen ein gewisses Maß an Einfühlung entwickeln, und auch andere als eigenständige Personen mit eigenen Bedürfnissen wahrnehmen und annehmen können (vgl. Gabbard 2005).

Verheerenden Schaden richten diese Analytiker mit ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitsanteilen vor allem dann an, wenn sie traumatisierte Patienten behandeln, da sie aufgrund ihrer narzisstischen Züge spezifische Mechanismen wie Übertragungsspaltungen übersehen (Henningsen 2008). Auch wird hier die ursprüngliche eigene Traumatisierung (oft eine frühe narzisstische Ausbeutung) des Analytikers durch eine Identifikation mit dem Aggressor abgewehrt. Somit wird das Ursprungstrauma des Analytikers mit dem Patienten in der Opfer-Position wieder inszeniert, der traumatisierte Analytiker lässt den Patienten das erleben, was ihm selber widerfahren ist (Gabbard 2006).

Zur Verdeutlichung möchte ich einen Fall schildern, der aus Schweigepflichtsgründen ebenfalls nicht unseren Konsultationen, sondern einer Publikation aus dem Jahr 2010 entnommen ist (L. Baginsky: Eiskalt fallen gelassen – Die Geschichte eines sexuellen Missbrauchs in der Psychotherapie).

Frau M., eine 35jährige Frau, begab sich in Therapie wegen Beziehungsschwierigkeiten. Sie hatte laufend schlechte Erfahrungen mit Männern gemacht und litt darunter, auch beruflich in eine Opferrolle geraten zu sein. Die Geschichte ihrer Kindheit ähnelte der vieler Frauen: Ihr Vater war gewalttätig und sexuell übergriffig. Ihre Mutter war depressiv und es gelang ihr nicht, sich vom Ehemann zu trennen.

Frau M. fühlte sich mit ihrem Analytiker von Anfang an unwohl. Er war launisch, oft kalt und abweisend. Manchmal fühlte sie sich nicht gemocht oder sogar abgelehnt. Als sie ihn vor einer Sommerpause fragte, ob sie ihm mal schreiben könne, breitete er die Arme aus und lachte sie zum ersten mal an.

Eines Tages rief er ihr unvermittelt zu, er wäre ihr zugetan. Nach einigen Monaten spürte Frau M., dass sie sich verliebt hatte. „Sie genoss dieses Gefühl und hütete es wie ein Schatz“. Ihr Therapeut war weiterhin launisch und oft unkonzentriert, einmal schlief er sogar ein. Immer wieder ließ er kleine Komplimente fallen und erzählte auch von seinen Träumen. Frau M. freute sich über diese Intimitäten und empfand sie als große Ehre. Schließlich gestand sie ihm ihre Liebe. Bald kam es zu Umarmungen und zum Austausch von Zärtlichkeiten am Ende der Sitzungen („Schmusetherapie“). Die Patientin genoss die besondere Nähe zu ihrem Therapeuten, sie blühte auf. Der erste Schlag traf sie dann unvermittelt nach den nächsten längeren Ferien. Der Therapeut machte ihr deutlich, dass die Zärtlichkeiten aufhören müssten, dass dies nicht ginge, dass er schließlich auch verheiratet wäre. Bald jedoch fingen die Zärtlichkeiten wieder an. Dieser Ablauf wiederholte sich in der Folgezeit: die Zärtlichkeiten nahmen kontinuierlich zu, nach dem Urlaub kündigte der Analytiker an, die intime Beziehung zu beenden. Ihrem Wunsch nach Beendigung der Therapie, um eine reelle Beziehung eingehen zu können, begegnete der Analytiker mit passageren Distanzierungen. Jedes Mal fühlte sich Frau M. wie vom Blitz getroffen, war tief verletzt und wurde depressiv.

Schließlich reifte in ihr der Wunsch, die Beziehung – und somit die Analyse - zu beenden. Sie war danach in katastrophalem psychischem Zustand, wurde suizidal und fand schließlich die Kraft, sich erneut Hilfe zu holen.

In dem geschilderten Fall konnte sich der Therapeut von Anfang an **nicht in die Patientin einfühlen und nahm sie nicht als eigenständige Person mit eigenen Bedürfnissen wahr**. Auch hatte er kein Gespür für seinen Einfluss auf die Übertragungsbeziehung. Er nistete sich in ihr

ein, **benutzte sie für seine narzisstische Selbstbestätigung** - er wollte von ihr geliebt und bewundert werden - und entwickelte schließlich eine **narzisstische Liebesübertragung**, in der die Patientin keine eigene Existenz hatte. Es kam zur **Retraumatisierung**. Entsprechend war die Patientin nach der Therapie **gedemütigt und tief verletzt** .

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten Sie jetzt zu einem **Erfahrungsaustausch** zu diesem so wichtigen Thema einladen. Sicher kennen Sie ähnliche Fälle aus Analysen, Supervisionen, Folgetherapien oder auch aus ihrem Kollegenkreis.

Insbesondere würde uns ihre Meinung zu den von uns beobachteten Phänomenen interessieren.

LITERATUR:

Baginsky, L. (2010) : Eiskalt fallen gelassen – Die Geschichte eines sexuellen Missbrauchs in der Psychotherapie. Zeitschrift f. Tanztherapie 17, 33-37

Becker-Fischer, M. & Becker, G. (1996): Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie – was tun? Orientierungshilfen für Therapeuten und interessierte Patienten. Heidelberg, Asanger

Benjamin, J. (2005): Das moralische Dritte als Ausweg aus der Täter-Opfer-Beziehung: Wirkung, Initiative und Verantwortung in der Psychoanalyse. In: Springer, A.; Gerlach, A.; Schlösser, A.M.: Macht und Ohnmacht. Gießen, Psychosozial, 417-439

Bridges, N. A. (1998): Teaching psychiatric trainees to respond to sexual and loving feelings. The supervisory challenge. The journal of Psychoanalytic Practice and Research, 7, 217-226

Bruns, G. (2005): Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Beziehung. In: Springer, A.; Gerlach, A.; Schlösser, A.M. (Hg.): Macht und Ohnmacht. Gießen, Psychosozial, 441-459

Gabbard, G. O. (1996): Lessons to be learned from the study of sexual boundary violations. American Journal of Psychotherapy, 50, 311-321

Gabbard, G. O. (2003): Mislungene psychoanalytische Behandlungen suizidaler Patienten. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis, XVIII, 2

Gabbard, G. O. (2006): Die Rolle des Traumas des Analytikers bei der Pathogenese professioneller Grenzverletzungen. Vortrag gehalten bei dem DPG-Kongress in Hamburg 2006

Grabska, K. (2000). Zur Gewalt der Deutung. In: Schlösser, A. M.; Gerlach, A. (Hg.): Gewalt und Zivilisation. Gießen, Psychosozial, 617-635

Henningsen, F. (2008): Konkretistische Fusion, Agieren und Symbolisieren. Zum psychoanalytischen Prozess bei schwerem frühkindlichem Trauma. Psyche 62, 1148-1169

Hinz, H (2003): Wer nicht verwickeln will spielt keine Rolle. In: Frank, C.; Weiß, H. (Hg.): Normale Gegenübertragung und mögliche Abweichungen. Edition diskord

- Hirsch, M. (1997): Über Gegenübertragungsliebe. In: Höfeld, K.; Schlösser, A. M. (Hg.): Psychoanalyse der Liebe. Gießen, Psychosozial, 119-132
- Hirsch, M. (1999): Sexuelle Beziehung zwischen Therapeut und Patient. In: Ders.: Realer Inzest. Gießen, Psychosozial, 179-195
- Hübner, W. (2009): Notwendige Regelverletzungen. Psyche 63, 22-47
- Hutterer-Krisch, R. et. al. (2006): Grundriss der Psychotherapieethik. Wien, Springer
- Kammerer-Pinck, E.; Tibone, G. (2011): Angst in der psychoanalytischen Institution: Ihre Auswirkungen auf Konflikte mit Kollegen und Kandidaten sowie auf den Umgang mit Grenzverletzungen. In: Springer, A.; Janta, B.; Münch, K. (Hg.): Angst. Gießen, Psychosozial-Verlag, 315-326
- Kernberg, O.F. (1994): Liebe im analytischen Setting. Psyche 48, 808-826
- Kernberg, O.F. (1998): Liebesbeziehungen. Normalität und Pathologien. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Klotter, Ch. (2000): Gewaltimpulse bei Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern. In: Schlösser, A. M.; Gerlach, A. (Hg.): Gewalt und Zivilisation. Gießen, Psychosozial, 637-653.
- Krauss, G. (2011): Erfahrungen einer Vertrauensanalytikerin der DGPT. Psychoanalyse im Widerspruch 23, Heft 46, 67-78
- Kreuzer-Haustein, U. (2008): Feindselige Gegenübertragungen und die Aggressionskonzepte des Analytikers. Psyche 62, 525-552
- Pflichthofer, D. (2011): Zwischen Gesetz und Freiheit. Psyche 65, 30-62
- Richter-Appelt, H. (Hg.) (2002): Verführung, Trauma, Missbrauch. Gießen, Psychosozial
- Ruff, W.; von Ekesparre, D.; Grabenstedt, Y.; Kaiser-Livne, M.; Längl, W.; Nagell W. (2011): Behandlungs- und Kunstfehler in der Psychoanalyse. Forum Psychoanal. 27, 43-60
- Sandler, A.-M. (2003): Reaktionen der psychoanalytischen Institutionen auf Grenzverletzungen - Masud Khan und Winnicott. Vortrag gehalten in Wien 2003 Übersetzung In: Zwettler-Otte, S. (2007): Entgleisungen in der Psychoanalyse. Wien, Vandenhoeck & Ruprecht, 93-119
- Scharff, J. (2009): Verwickeln und Entwickeln - das analytische Paar und das Sexuelle. Psyche 63, 1-21
- Tibone, G.; Krauss, G. (2008): Alleinsein, wenn Fehler sichtbar werden. Vertrauensanalytiker suchen den Dialog mit Mitgliedern. Vortrag bei der DGPT-Tagung in Bonn, veröffentlicht auf der Homepage der DGPT
- Tibone, G. (2011): Die Rolle der Ausbildungsinstitute, der Berufs- und Fachverbände und der Kammern im Umgang mit Grenzüberschreitungen und ethischen Fragen in der Psychotherapie. Vortrag gehalten auf der Fachtagung der DGVT und der Landesvereinigung für Gesundheit - Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen „Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung“ am 24.11.2011 in Hannover
- Zwettler-Otte, S. (2007): Entgleisungen in der Psychoanalyse. Wien, Vandenhoeck & Ruprecht