

# **Therapeut/-innen als Patient/-innen – Wenn Therapeut/-innen über ihre eigene Behandlung berichten<sup>1</sup>**

*Esther Marie Grundmann*

## *Zusammenfassung*

Im vorliegenden Aufsatz untersuche ich fünf Berichte von Therapeuten/-innen, die eine Zeit lang selbst in psychoanalytischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren und ihre Erfahrungen in Texten festgehalten haben: Piet C. Kuiper (1991); Helmut Junker (1993); Tilmann Moser (2004); Margret Osterfeld (2006); Arnhild Lauveng (2008). Im Zentrum steht die Frage, ob die Ergänzung der Dritte-Person-Perspektive (die Sicht des Therapeuten/der Therapeutin) durch die Erste-Person-Perspektive (die Sicht des Patienten/der Patientin) zu neuen oder modifizierten Erkenntnissen führt bzgl. der institutionellen Rahmenbedingungen, der Behandlungstechnik und des Behandlungsverlaufs. Abschließend werden mögliche Konsequenzen für Theorie und Praxis angesprochen.

## *Schlüsselwörter*

Perspektivenwechsel, Erste-Person-Perspektive, Dritte-Person-Perspektive, Institutionen, Behandlungstechnik, Behandlungsverlauf

## *Abstract:*

In this essay I explore five reports by therapists who were in a psychoanalytic, psychotherapeutic or psychiatric treatment and who later reported their experiences: Piet C. Kuiper (1991); Helmut Junker (1993); Tilmann Moser (2004); Margret Osterfeld (2006); Arnhild Lauveng (2008). The core question in this paper is whether the third-person-perspective (the perspective of therapist) leads to a new or modified understanding in combination with the first-person-perspective (the perspective of patient) – in respect to institutions, to method of treatment, and to process of treatment. Finally possible consequences for theory and practice are discussed.

## *Keywords*

Change of perspective, first-person-perspective, third-person-perspective, institutions, method of treatment, process of treatment

## **Zur Einführung**

Therapieberichte stellen eine wichtige Quelle dar, um Erfolge oder Probleme von Therapieprozessen zu verstehen und zu erörtern (vgl. dazu: Kächele & Pfäfflin, 2009). Wenn Therapeut/-innen Verläufe dokumentieren, handelt es sich in der Regel um Behandlungsberichte, bzw. wenn diese zu gezielten Lehr- oder Forschungszwecken verfasst werden, um eine Fallgeschichte. Über die Fallgeschichte, die von Freud selbst zu wissenschaftlichen Zwecken eingesetzt und empfohlen wurde, gibt es inzwischen umfangreiche Forschungsliteratur (vgl. dazu: Stuhr & Deneke, 1993; Thomä & Kächele, 2006, Kap. 3). Wissenschaftlich wenig untersucht wurden bislang Texte, die Patient/-innen über Therapien verfasst haben. Sie stellen eine wichtige, bislang wenig genutzte Quelle dar, auf Fehler und Risiken einer Behandlung aufmerksam zu machen, und sind für eine Fehlerkultur in der Psychotherapie von großer Bedeutung (vgl. Grundmann, 2009).

Der vorliegende Aufsatz beschäftigt sich mit einer spezifischen Teilgruppe von Patiententexten, die sowohl Einblick in die Patientenperspektive als auch in die Therapeuten-

---

<sup>1</sup> Mein Dank gilt der Stiftung Gesundheitszentrum Bad Laer. Stiftung zur Förderung des Gesundheitswesens, die meine Arbeit über Patientenberichte unterstützt hat.

perspektive gewähren.<sup>2</sup> Es handelt sich um Berichte von Therapeuten/-innen, die selbst – vor oder während ihrer Berufstätigkeit – zu Patient/-innen wurden und ihre eigene psychotherapeutische oder psychoanalytische Behandlung nun aus Patientensicht darstellen. Diese Texte sind deshalb von besonderem Interesse, weil hier – so lässt sich zumindest vermuten – zwei Perspektiven in *einem* Text kombiniert werden: die kompetente Patientenperspektive mit der kompetenten Behandlerperspektive. Es wird zu untersuchen sein, inwieweit diese Perspektiven Ähnlichkeiten aufweisen oder sich ergänzen, inwieweit sie konvergieren oder divergieren und welche weitergehenden Fragen sich daraus möglicherweise ergeben.

Ich wurde auf fünf<sup>3</sup> solcher Texte aufmerksam, wobei ich mich bei der Recherche auf die letzten 30 Jahre beschränkt habe und nur Texte zugrunde gelegt habe, die auf deutsch oder in deutschsprachiger Übersetzung zugänglich waren. Die Verfasser/-innen stammen aus den Niederlanden, aus Norwegen und aus Deutschland.

Angeregt wurde ich dabei insbesondere von zwei Büchern, die in den letzten Jahren erschienen sind: Zum einen von dem Buch *Seitenwechsel* (2006), herausgegeben von Sibylle Prins und von Arnhild Lauvengs Buch *Morgen bin ich ein Löwe*, das 2008 aus dem Norwegischen übersetzt worden ist. Das Buch von Sibylle Prins enthält zehn Interviews von Personen, die als Arzt/Ärztin oder Pfleger/-in im psychiatrischen Dienst tätig sind, die aber in einer bestimmten Lebenssituation den psychiatrischen Dienst auch als Patient/-in erlebt haben. Die Idee, die Prins' Buch zugrunde liegt, ist, dass die Betroffenen in doppelter Weise kompetent sind, indem sie eine therapeutische Institution in zweifacher Weise erfahren haben. Dieser Erfahrungszuwachs wird in allen Gesprächen deutlich: die möglichen Schwierigkeiten und Konflikte, die damit verbunden sind, aber auch die Chancen, die sich daraus ergeben können, beide Perspektiven miteinander zu konfrontieren und die neu gewonnenen Impulse für Theorie und Praxis zu nutzen. Ich habe aus dieser Textsammlung das Interview mit der Psychiaterin Margret Osterfeld ausgewählt, weil es mit Blick auf Thema und Fragestellungen den anderen von mir hier untersuchten Texten am nächsten kam. Osterfeld erkrankte während ihrer Berufstätigkeit; sie wurde teils ambulant, teils stationär psychiatrisch behandelt und kehrte nach ihrer Genesung in ihren Beruf zurück.

Kritisch-konstruktiv und ermutigend ist auch das Buch von Arnhild Lauveng: *Morgen bin ich ein Löwe*. Die Autorin erkrankte als Jugendliche an Schizophrenie. Die Diagnose und Prognose, die von verschiedenen Ärzten/Ärztinnen attestiert wird, gibt wenig Anlass zur Hoffnung. Zehn Jahre lang unterzieht sie sich verschiedener – meist stationärer – Therapien. Trotz der schlechten Prognose erfolgt unter großem Einsatz aller Beteiligten, der auch den Rückschlägen standhalten kann, mit Mitte zwanzig die Heilung. Mit Unterstützung ihrer Familie und verschiedener psychosozialer Dienste gelingt Lauveng eine Rückkehr in die ›Normalität‹. Sie holt ihren Schulabschluss nach, studiert Psychologie und arbeitet heute erfolgreich als klinische Psychologin. Das Buch ist aber nicht nur lohnend wegen des ermutigenden Krankheits- und Therapieverlaufs, sondern vor allem wegen der kritischen und sehr reflektierten Form der Auseinandersetzung. Die drei weiteren Bücher, die dieser Arbeit zugrunde liegen, dürften in Fachkreisen bereits bekannter sein: Piet C. Kuipers *Seelenfinsternis* (1991<sup>4</sup>), Helmut Junkers: *Nachanalyse* (1993) und Tilmann Mosers *Bekenntnisse einer halb geheilten Seele* (2004).

Die fünf Texte, die ich im Folgenden genauer untersuchen und auswerten möchte, sind nicht nur in unterschiedlichen biografischen Situationen entstanden (Alter, Herkunft, Geschlecht, Zeitpunkt der Erkrankung), sondern auch an unterschiedlichen Orten und in historisch unterschiedlichen Situationen. Und natürlich ist ebenso mein Blick auf diese Texte *perspektivisch*. Unter hermeneutischen Gesichtspunkten wäre es wünschenswert, wenn eine größere Anzahl von Personen diese Texte gemeinsam lesen und auswerten würden, um verschiedene Lesarten miteinander zu vergleichen und eine größtmögliche perspektivische Variabilität zu erzielen. In der Praxis ist dies meistens nicht möglich. Es würde das Problem auch nicht lösen, wohl aber eingrenzen. So bleibt es den Leser/-innen vorbehalten, die vorgestellten Texte selbst zu lesen und den eigenen Blick auf sie zu richten. Interesse für diese Texte zu wecken ist sicherlich *ein* Ziel dieses Beitrags.

Mir wurde bei der Arbeit deutlich, dass es sinnvoll ist, jeden Text zunächst aus sich selbst heraus zu verstehen und erst anschließend – mit der gebotenen Vorsicht – zu allgemeineren vergleichenden Fragestellungen zu kommen. Aus Gründen der besseren Darstellbarkeit und

<sup>2</sup> Die Beschränkung auf diese Teilgruppe erfolgte auch im Bestreben, das weite und noch wenig untersuchte Feld von Therapiegeschichten besser eingrenzen zu können.

<sup>3</sup> Das eben erst erschienene Buch von M. Leonhardt (2011), in dem die Autorin und Psychotherapeutin über ihre Depression und Genesung schreibt, konnte aus Zeitgründen nicht mehr berücksichtigen.

<sup>4</sup> Ich zitiere im Folgenden nach der 8. Aufl. 2003.

Lesbarkeit habe ich mich trotzdem entschieden, nicht erst alle Texte einzeln vorzustellen und in einem zweiten Schritt unter bestimmten Gesichtspunkten zu untersuchen, sondern sie gleich unter bestimmten Fragestellungen einzuführen, d.h., in der Darstellung den ersten und den zweiten Schritt miteinander zu verbinden. Das erwies sich auch deshalb als sinnvoll, weil nicht alle Texte alle Aspekte in gleichem Umfang behandeln. Die Aspekte betreffen Fragen der Praxis, der Forschung und der Lehre. Es sind Aspekte, die ich als Leserin (im Sinne des Gadamer'schen Horizonts) an die Texte herangetragen habe, die aber auch in den Texten selbst mal mehr, mal weniger Raum einnehmen, nämlich:

- Patient/-in und Therapeut/-in *einer* Person
- institutionelle Rahmenbedingungen
- Behandlungsverlauf und therapeutische Konzepte
- Konsequenzen der Autor/-innen für Theorie und Praxis
- Bedeutung des Schreibens

## **Patient/-in und Therapeut/-in in *einer* Person**

Texte von Therapeuten und Therapeutinnen, die selbst erkrankten und die diese Erfahrungen – dankenswerterweise – zu Papier gebracht haben, sind sehr selten. Was diese Texte besonders wertvoll macht, ist der Perspektivenwechsel: vom Therapeuten zum Patienten (oder, bei der mir vorliegenden Textauswahl, noch seltener: vom Patienten zum Therapeuten). Der scheinbar objektive, der therapeutische Blick, die Dritte-Person-Perspektive wird mit der Erste-Person-Perspektive, dem Blick des Erlebenden konfrontiert.

Alle Autoren/-innen, die hier vorgestellt werden sollen, haben es gelernt, Symptome und Befunde aus der Dritte-Person-Perspektive zu beschreiben. In der Regel haben sie zunächst die klinische Perspektive eingenommen (Kuiper, Junker), und sind zu einem späteren Zeitpunkt mit einer eigenen Diagnose konfrontiert worden. Ausnahme ist die Autorin Lauveng, die den umgekehrten Werdegang erlebt. Komplizierter verhält es sich bei Moser. Er hat schon früh mit Schreiben begonnen; bereits die *Lehrjahre auf der Couch* (1974) sind ein Selbstzeugnis, das eigentlich über einen Teil der Ausbildung handelt, nämlich seine Lehranalyse; Mosers Verständnis nach stellt aber seine Lehranalyse auch einen Genesungsversuch dar. Das ist sehr interessant, weil hier gewissermaßen nicht entschieden werden kann, welche der beiden Perspektiven vorherrscht: Moser changiert in seinen autobiografischen Büchern immer zwischen der Erste- und der Dritte-Person-Perspektive.

Es dürfte schon an dieser Stelle deutlich geworden sein, dass es nicht nur *eine* Betroffenen-Perspektive gibt, sondern ähnlich viele, wie es Betroffene gibt. Dazu Lauveng:

»Ein Betroffener, der die Psychiatrie in Anspruch nimmt, ist per Definition jeder, der über kurz oder lang einen der Dienste in Anspruch nimmt, die das System anbietet. Das heißt, betroffen sein kann etwa eine erwachsene Frau, die schon länger unter Angstzuständen leidet, verheiratet ist, Haus und Familie hat, krankgeschrieben ist und eine Beratungsstelle in der Kommune nutzt. Ein Betroffener kann auch ein junger Mann sein, der Drogenprobleme hat, an einer Persönlichkeitsstörung leidet, kriminell ist und im Gefängnis psychologisch betreut wird. Oder der Vorstandsvorsitzende, der eine Gesprächstherapie in der Poliklinik macht, weil er sich am Ende fühlt, ausgebrannt und deprimiert ist. Oder jemand, der in einer betreuten WG wohnt, bei dem seit 35 Jahren eine Psychose diagnostiziert ist und der Hilfe vom psychiatrischen Team und immer wieder neue Medikationen aus der Poliklinik braucht« (Lauveng, 2008, S. 120).

Und natürlich gilt dies in gleicher Weise für die Perspektive der Therapeut/-innen, die gleichfalls immer auch autobiografisch geprägt, von der eigenen Lebenssituation, von persönlichen Erfahrungen von bestimmten Positionen, Einschätzungen und der spezifischen Ausbildung abhängig ist (und von vielem mehr). Das zu sehen ist wichtig und soll nicht nivelliert werden. Andererseits aber gibt es *einen* Aspekt, der gerade konstitutiv ist für den Unterschied zwischen Patient/-in und Behandler/-in: In dem einen Fall ist jemand auf Hilfe, Heilung, Fürsorge angewiesen, in dem anderen Falle ist jemand durch seine Rolle dafür vorgesehen eben diese Hilfe, Heilung, Fürsorge im Rahmen der Möglichkeiten zu gewährleisten. Dieser Unterschied und die spezifischen Rollenerwartungen, die daraus erwachsen, finden ihren Niederschlag in den institutionellen Bedingungen. Sie rücken bei Patienten/-innen in dem Maße in den Vordergrund, in dem die persönliche Not und die daraus resultierende Abhängigkeit besonders groß sind. Das wird in den Berichten von Arnhild Lauveng und Piet C. Kuiper besonders deutlich.

## Die institutionellen Bedingungen

Gesellschaftliche Institutionen haben die Aufgabe, allgemeine Regelungen und Handlungsweisen zur Verfügung zu stellen, um Sicherheit, Kontinuität und Voraussagbarkeit zu gewährleisten. Im Falle von klinischen Einrichtungen geht es um eine flächendeckende Versorgung von Kranken. Die Verallgemeinerung führt naturgemäß zu dem Problem, dass individuelle Ausprägungen und Bedürfnisse nur begrenzt berücksichtigt werden können, was im Falle von psychischen Erkrankungen sicherlich ein besonders großes Problem darstellt, da es ja hier gerade auch darum gehen muss, den Einzelnen in seiner Individualität zu unterstützen. Es stellt sich also die grundsätzliche Frage, ob die gesundheitlichen Versorgungssysteme, wie sie derzeit strukturiert sind, diesem Anspruch überhaupt genügen können (vergleichbare Fragen lassen sich auch für das Bildungssystem u.Ä. stellen).

Nimmt man die aktuellen Bedingungen als gegeben hin, kann man ganz praxisbezogen auch fragen: Wie werde ich ein guter Behandler/eine gute Behandlerin und wie werde ich ein guter Patient/eine gute Patientin? Das heißt: Unter welchen Bedingungen kann ich optimal versorgen bzw. versorgt werden?

Lauvengs Haltung ist kritisch und differenziert: Sie problematisiert die Bedingungen in der gegenwärtigen Psychiatrie angesichts mangelnder finanzieller und personeller Ressourcen, die nicht zur Verfügung stehen oder nicht zur Verfügung gestellt werden. Eine individuelle Betreuung, die dem Einzelnen gerecht würde, ist so eher unwahrscheinlich, eigentlich ein Glücksfall (wenn der Patient zufällig eine passende Störung mitbringt, die dem gegenwärtigen Versorgungssystem entspricht oder aber wenn er das große Glück hat, wie im Falle Lauveng, schließlich doch noch auf Betreuer/Therapeuten zu treffen, die die Hoffnung nicht aufgeben und das Unwahrscheinliche möglich machen). Wenn dies aber nicht eintritt – was nach Lauveng wohl der weitaus häufigere Fall ist –, dann sind die aktuellen Bedingungen dazu angetan, dass unerwünschte Nebenwirkungen auftreten, die die aktuellen Mängel noch verstärken: der Patient ›lernt‹ z.B., dass überforderte Betreuer nur auf sein Bedürfnis nach Aufmerksamkeit eingehen, wenn er die ›Notbremse‹ zieht, nämlich z.B. auffällig oder gewalttätig wird. Damit aber werden sozial unerwünschte, hier: autoaggressive oder fremdaggressive Verhaltensweisen verstärkt, das Personal ist einmal mehr überfordert und kann den Patient/-innen nicht gerecht werden, der Teufelskreis scheint vorprogrammiert. Es gibt jedoch auch Ausnahmen, Nischen, die genutzt werden können. Lauveng gelingt es, diese von ihr erlebten Beispiele eindrücklich darzustellen:

»Manchmal braucht es nur so wenig. Eine Schwester kam jeden Abend, wenn sie Nachtschicht hatte, zu mir ins Zimmer, stellte sich mitten in den Raum, beugte sich vor, bis der Oberkörper waagrecht war, streckte ein Bein gerade nach hinten aus und legte die Arme elegant zur Seite. In dieser Stellung machte sie ein paar einfache Flugbewegungen mit den Armen, bevor sie sich wieder aufrichtete. Wenn man sie fragte, was sie da machte, antwortete sie immer wieder: ›Ich fliege bloß ein bisschen für Arnhild, weil sie das Fliegen so vermisst.‹ Ihr waren die Zeichnungen in meinem Zimmer aufgefallen, auf denen ich notiert hatte: ›Nur die Vögel im Käfig sehnen sich nach etwas, freie Vögel fliegen.‹ Sie sah, dass mir das Fliegen fehlte und dass mich der Käfig quälte. Sie wusste, dass ich konkret dachte und dass Handlungen für mich eine große symbolische Bedeutung haben konnten. Deshalb begann sie ihre Wache damit, für mich zu fliegen. Sie brauchte dafür ungefähr eine Minute. In dieser Minute gab sie mir zu verstehen, dass sie mich sah, meine Träume und Sehnsüchte akzeptierte, meine Ausdrucksweise billigte und mir helfen wollte, meine Träume am Leben zu halten« (Lauveng, 2008, S. 179).

Das pantomimische Spiel der Schwester bedeutet für die Patientin sehr viel und gibt Hinweis auf die hohe Kompetenz, Aufmerksamkeit, Einfühlung und Kreativität, die hier zum Einsatz kommen. Offensichtlich gelingt der Nachtschwester eine höchst individuelle Abstimmung auf die Patientin; darüber hinaus findet sie den richtigen Ausdruck und die Form, dies zu vermitteln, und nicht zuletzt gelingt es auch der Patientin, die symbolische Darstellung als für sich passend und hilfreich anzunehmen. Ein wunderbares Matching also, das ermutigt, aber wohl auch als Glücksfall betrachtet werden muss. Lauvengs Bericht enthält weitere positive Beispiele über hilfreiche Begegnungen und Behandlungsmaßnahmen in der Psychiatrie: Ein Pfleger

»war kein ausgebildeter Krankenpfleger, sondern machte Nachtwachen, weil er arbeitslos war. Daneben besuchte er noch irgendeinen Kurs für Medien und Journalistik. Er lehrte mich, die zehn Eigenschaften einer guten Nachricht zu erkennen. ›Eine Neuheit muss aktuell sein, relevant für den Empfänger, unerwartet ...‹ Ich muss zugeben, ich erinnere mich nicht mehr an alle. Aber damals kannte ich sie, und ich erinnere mich auch noch gut daran, wie er mich in seine Wirklichkeit

zurückholte, wenn ich begann, unruhig, ruhelos und psychotisch zu werden: »Arnhild, los, komm, zähl mir die zehn Kennzeichen einer guten Nachricht auf!« Wenn ich dann nicht antwortete, sondern weiter mit meinen Stimmen kommunizierte oder mich kratzte oder sonst etwas tat, bedrängte er mich weiter: »Jetzt hör mit dem Blödsinn auf, Arnhild, ich weiß, dass du dich erinnerst! Eine gute Nachricht muss ...« Und dann vollendete ich unsere Regel: »eine gute Nachricht muss aktuell sein, relevant für den Empfänger ...«, während ich mich langsam durch diesen festgelegten und eigentlich vollkommen uninteressanten Katalog der Eigenschaften wieder unserer gemeinsamen Welt näherte. Das wirkte natürlich nicht jedes Mal. Aber oft. Manches davon lag wohl in der Einfachheit des Katalogs begründet, dem Regelmäßigen und darin, dass mir eine Hilfestellung gewährt wurde, auf ein neutrales Thema zu fokussieren, dass sich konkret und sicher außerhalb meiner selbst befand. Diese Regeln hatte ich damals so verinnerlicht, dass es keine Chance gab, einen Fehler zu machen, wobei mir das Thema so vollständig gleichgültig war, dass es keine Bedrohung darstellte und somit zu einem sicheren und leicht zugänglichen Haltepunkt im Leben wurde. Aber einiges lag wohl auch an meinem Lehrer. Ich mochte ihn. Er war nett zu mir, brachte mir etwas bei, er nahm mich ernst und war ruhig und sicher« (Lauveng, 2008, S. 110f.).

Allerdings gibt es bei Lauveng auch andere Beispiele, die Hinweis auf Zwang und Gewalt geben, die Teil des Psychiatriealltags sind. Gewaltmaßnahmen, die manchmal den Status der therapeutischen Intervention haben (z.B. Zwangsmedikation oder Fixierung), aber auch Formen der Gewalt, die auf aktuelles Versagen oder auf Entgleisungen zurückzuführen sind. Auch hierzu ein Beispiel von Lauveng. Die Situation: In der Klinik, in der Lauveng als Patientin ist, findet ein Fachkongress über Psychosen statt, natürlich ohne Patienten. Aber es gibt ein gemeinsames Kaffeetrinken im Aufenthaltsraum, an dem auch Lauveng, zu ihrem Erstaunen, teilnehmen soll. Denn normalerweise darf sie nur in Ausnahmesituationen und nur unter bestimmten Auflagen (Pappgeschirr statt Porzellan, denn Glas und Porzellan zerbricht sie sofort) am Nachmittags-Kaffeetrinken teilnehmen:

»Ich hatte im Speisesaal mit meiner Begleitung Karten gespielt, und als ich in den Aufenthaltsraum gebracht wurde, sah ich, dass die anderen Patienten, das Personal und ein paar Gäste bereits gekommen waren. [...] [Ich nahm] mein Glas, warf es zu Boden und war bestrebt, mir so schnell wie möglich eine Scherbe zu greifen und mich damit zu schneiden, ehe sie dazwischengingen. Mir gelang ein relativ guter Schnitt, ehe das Personal mich packte, mir die Scherbe aus den Händen riss und mich über den Flur fortzog. [...] Mir graute vor dem Kampf, der kommen würde, und ich schämte mich dafür, dass mich diese Fremden so gesehen hatten. [...]

Wir kämpften uns über den Flur und kamen zu meinem Zimmer. Als das Personal die Tür öffnete, taumelte ich in den Raum, bereit, das Erstbeste zu ergreifen, um nicht wehrlos dem Lärm und dem Chaos gegenüberstehen zu müssen. Aber das Zimmer war beinahe leer. Stühle und Bücher waren weggeräumt, und es gab nichts, das ich packen konnte. Das Zimmer war gerupft. Und plötzlich schoss mir ein eiskalter, glasklarer Gedanke durch den Kopf. Sie hatten gewusst, dass es so kommen würde. Es war alles geplant gewesen. Der Tisch, auf dem die Gläser standen, die Einladung. Und dann kam der nächste Gedanke, ebenso eiskalt wie der erste: die Gäste. Die Konferenzteilnehmer – war das ihnen zu Ehren? Eine kleine praktische Demonstration der vorhersagbaren Reaktion des Falles Arnhild auf einen mit Gläsern gedeckten Tisch? Ich wurde wütend. [...]

Jetzt, beim Schreiben, denke ich: Das kann nicht stimmen, das kann nicht so geplant gewesen sein, das können sie mir nicht angetan haben, nur um mein Verhalten zu demonstrieren, schließlich war das eine Klinik, und so grausam können Ärzte nicht sein. Es kann nicht so gewesen sein. Aber die Wahrheit ist, dass ich die Wahrheit nicht kenne und nicht weiß, welche Pläne und Motive sie hatten. Ich weiß, wie ich es erlebt habe, aber ich weiß auch, dass ich sehr verwirrt war und manches fehlgedeutet haben kann. Das Problem ist nur, dass ich mich auch an die realen Umstände erinnern kann. Ich finde auch jetzt noch keine andere Erklärung dafür, dass mein Zimmer ausgeräumt war, als dass sie davon ausgegangen sind, ich würde während des Kaffees unruhig werden. Und wenn sie das erwartet hatten – warum hätten sie sich dann die Mühe gemacht, mein Zimmer auszuräumen, statt zu verhindern, dass eine solche Situation überhaupt erst entsteht. [...] [...] trotz meiner Krankheit reagierte ich vollkommen normal darauf, manipuliert und hintergangen worden zu sein. Es tat weh. Und es tat auch weh, dass sie meinen Schmerz vorhergesehen und nicht das Geringste getan hatten, um ihn zu mildern, sondern statt dessen nur ihren eigenen Aufwand verringert hatten. Das war vielleicht der größte Verrat von allen. [...]

*Vielleicht dachten sie, ich sei so krank, dass ein bisschen mehr oder weniger keinen Unterschied machte und ich es kaum merken und mich gewiss nicht so darum kümmern würde wie andere Menschen. Vielleicht dachten sie, ich würde keinen Schmerz empfinden, weder physisch*

noch psychisch, *nicht so wie sie*, oder dass mir die Demütigung nichts ausmachte, weil ich es gewohnt war, gedemütigt zu werden« (Lauveng, 2008, S. 94ff; alle Hervorhebungen von EG).

Im Rahmen dieser Arbeit musste ich die Darstellung der Situation und auch die anschließende Reflexion kürzen. Es spricht für die große Empathie Lauvengs, dass sie im Folgenden auch noch versucht, »gute Gründe« für die Inszenierung zu finden:

»Ich könnte es sehr gut verstehen, wenn sie nach Wochen der Plackerei das Bedürfnis verspürt hätten, jemandem von außerhalb vorzuführen, mit was sie täglich zu kämpfen hatten und wie schwierig ihre Arbeit war« (Lauveng, 2008, S. 97f.).

Jeder, der in Institutionen arbeitet, weiß, welche Risiken und Nebenwirkungen sie produzieren. Die Vermittlung zwischen Zwängen und Erfordernissen, die sich in der Praxis ergeben einerseits und den Instanzen, die über Gelder und Ressourcen zu entscheiden haben andererseits, gelingt in den wenigsten Fällen problemlos, ja wirkt oft geradezu zynisch (man denke an die Absurditäten, die sich aus der Berechnung von Pflegestufen und Pflegeleistungen ergeben) und es ist naheliegend – wenn auch erschreckend – dass dieser Zynismus sich gelegentlich auch im Umgang mit Patienten/-innen widerspiegelt.

Hilfreich und weiterführend scheint Lauvengs Überlegung zu sein, dass neben der Überforderung des Personals auch die mangelnde Empathie für die spezifische Störung eine Rolle spielen könnte. Der andere (hier: die Patientin) wird erlebt als jemand, der »nicht so wie sie« ist und Schmerz »nicht so [...] wie andere Menschen« erlebt. Die Rollenverteilung: Patient/-in – Behandler/-in, die ursprünglich zu einer Professionalisierung führen sollte, zu der zumindest nach einer in unserem Kulturkreis etablierten Auffassung auch eine Distanzierung gehört, verkehrt sich dann in ihr absurdes Pendant: Opfer – Täter/-in.

Auch hier stellt sich die Frage, ob nicht Institutionen, die auf dieser Rollenverteilung bestehen, qua Struktur Gewalttätigkeiten befördern. (Erinnert sei hier an den englischen Psychiatriekritiker Laing, der in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts auf die Probleme aufmerksam machte, die eine Hierarchie und Dichotomie zwischen Arzt und Patient aufwerfen. Laing (1960) berichtet über seine alternative Klinik, in der externe Personen oft nicht zwischen Patient/-innen und Ärzten/-innen unterscheiden konnten.)

Lauveng fasst ihre Klinikerfahrung folgendermaßen zusammen:

»[...] Menschen sind nie Menschen ganz allein. Menschen sind immer Bestandteil irgendeines Systems. Sie können diese Systeme ändern, aber die Systeme können auch die Menschen ändern« (Lauveng, 2008, S. 89).

Auch der holländische Psychiater Piet Kuiper war auf intensive Behandlung und Betreuung in der Psychiatrie angewiesen. Er erkrankte 1982, im Alter von 63 Jahren, an einer psychotischen Depression. Die Krankheit dauert drei Jahre, die Kuiper über weite Strecken in Kliniken verbringt. Die üblichen Antidepressiva, die zum Einsatz kommen, schlagen nicht an. Erst eine Behandlung mit MAO-Hemmern führt zur Genesung. Der Krankheitsbericht ist einer der beklemmendsten Darstellung über den Verlauf einer Depression. Erschreckend ist vor allem, dass dem Patient Kuiper über einen langen Zeitraum nicht geholfen werden kann. Er erlebt über drei Jahre das Leben als Hölle und zwar in einem wörtlichen Sinn. Er ist davon überzeugt, große Schuld auf sich geladen zu haben, für die er nun in der Hölle büßen muss.

Wie beschreibt Kuiper rückblickend seine Erfahrungen in der Psychiatrie? – Insgesamt hält er die Klinikaufenthalte und die Behandlungen dort für notwendig und sinnvoll. Dass er über lange Zeit nicht geheilt werden kann, führt er auf den Umstand zurück, dass er ein seltenes und schweres Krankheitsbild aufweist. Er selbst hat in seiner früheren Tätigkeit als Psychiater bestimmte Formen der Medikation (die Behandlung mit MAO-Hemmern) abgelehnt, und ist als Patient in Übereinstimmung mit seinen behandelnden Ärzten dazu erst bereit, als es keine anderen Möglichkeiten mehr zu geben scheint. Beispielhaft für dieses grundsätzliche Einverständnis sei hier die Szene angeführt, in der er zum ersten Mal (mit eigener Zustimmung) in die Psychiatrie eingewiesen wird:

»Man beratschlagte mit sehr viel Verständnis für meine Gefühle, und ich fand es auch besser, daß ich alles abgeben sollte, womit ich mir Schaden hätte zufügen können. »Füllhalter, der Gürtel von meinem Bademantel, meine Brille, das ist alles, glaube ich.« Ich erlebte, was den meisten Menschen erspart bleibt: sich zwischen vier Wänden zu befinden, die »gepolstert« sind, damit man sich den Kopf nicht einschlagen kann. Die Isolierzelle einer psychiatrischen Einrichtung hat nichts Grausames. Nicht der Aufenthalt in einer Zelle ist schrecklich, sondern die Tatsache, daß er notwendig ist. Die Dunkelheit herrscht im eigenen Innern.

Noortje [seine Frau, d. Verf.] wird wohl schon zu Hause sein, überlegte ich. Mit Hilfe der Medikation, die Van Tilburg verschrieben hatte, schlief ich ein. Hinter mir lag der Weg vom Professor der Psychiatrie zum Patienten in einer Isolierzelle« (Kuiper, 1991, S. 99).

Es ist deutlich zu erkennen, dass der Tenor hier ein zustimmender, wenig psychiatriekritischer ist. Das kann viele Gründe haben, über die an dieser Stelle nicht entschieden werden kann. Die Idee liegt nahe, dass Kuiper, der große und bekannte Psychiatrie-Professor mit besonderer Umsicht und Sorgfalt behandelt wird; dafür würde auch der persönliche Kontakt zu dem behandelnden Arzt Van Tilburg sprechen, dem er sich kollegial und freundschaftlich verbunden weiß. Aber Spekulationen sind wenig weiterführend. Aufschlussreich dagegen ist die Darstellungsweise im Text: Die Korrektheit der therapeutischen Maßnahmen wird von Kuiper sogleich bestätigt. Aus dem Text spricht ein hohes Maß an Identifikation mit seiner früheren Tätigkeit und mit der Institution. Diese große Identifikation gipfelt in der letzten Formulierung: »vom Professor der Psychiatrie zum Patienten in einer Isolierzelle«, hier freilich mit einer tragischen Pointe.

Zum Vergleich: Auch Lauveng hält Gewaltmaßnahmen (Isolierung oder Fixierung), die sie wiederholt erfahren hat, in Ausnahmefällen für unverzichtbar. Sie betrachtet sie aber als einen Akt der Gewalt und berichtet, dass sie noch Jahre später, lange nach ihrer Genesung, immer wieder von nächtlichen Alpträumen darüber heimgesucht wird.

Auch Tilmann Moser begab sich mehrere Male in stationäre psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. In seinem Buch *Bekenntnisse einer halb geheilten Seele* schreibt Moser rückblickend über seine vielen Jahre als Patient:

»Ich schaue nicht auf dreißig Jahre Berufserfahrung zurück, sondern auf mehr als vierzig Jahre eigener Psychotherapie und Psychoanalyse als Patient« (Moser, 2004, S. 9).

Neben vielen Formen der Psychoanalyse, Psychotherapie und Körpertherapie, die Moser bei niedergelassenen Therapeut/-innen wahrgenommen hat, teils als Patient, teils zu Zwecken der Zusatzqualifikationen – eine exakte Trennung scheint nicht immer möglich und lässt auch die institutionelle Trennung (Therapeut-Patient) einmal mehr problematisch erscheinen –, hat sich Moser zweimal für drei Monate in psychotherapeutische Kliniken einweisen lassen und zweimal für kürzere Zeit in die Psychiatrie (2004, S. 11f.). Der Fokus in Mosers Buch liegt allerdings in der Auseinandersetzung mit der (psychoanalytischen) Behandlungstechnik, ein Punkt, der unter im nächsten Abschnitt »*Behandlungsverlauf und therapeutische Konzepte*« genauer ausgeführt werden soll. Die Auseinandersetzung mit den institutionellen Rahmenbedingungen der klinischen Versorgung erfolgt eher marginal. Das mag auch daran liegen, dass er – trotz Krankheit – Handlungsspielräume hat. Er kann zwischen verschiedenen Kliniken wählen, hat spezifische Ansprüche und sein Wissen über Krankheiten und Klinikprofile erleichtert eine professionelle Wahl. Hinzu kommt: Seine Kontakte ermöglichen es ihm, in die von ihm favorisierte Klinik, die lange Wartelisten hat, bevorzugt aufgenommen zu werden. Kurzum: Moser ist ein privilegierter Patient. Auch wenn dies in vieler Hinsicht eine Erleichterung bedeutet, was wohl von Moser auch so wahrgenommen wird, bringt die Prominenz natürlich auch zusätzliche Belastungen mit sich. In einer Klinik im Allgäu, deren Konzept sehr stark auf die Gemeinschaft zwischen den Patienten/-innen ausgerichtet ist, denkt das Personal sogar im Vorfeld darüber nach, Moser nur inkognito aufzunehmen (was dann als »untherapeutisch« allerdings verworfen wird). Moser selber stellt auch fest, wie schwer es ihm fällt, sich auf die Patientenrolle zu beschränken. Da fast ausnahmslos alles in Gruppen geschieht (Meditation, Gesprächstherapien, Sport, Malen, Musik, Freizeitangebote) sind für Moser (wie auch für die anderen) alle therapeutischen Maßnahmen bei allen einsehbar. So sehr Moser das Gesamtkonzept würdigt und für sich selbst auch Gewinn daraus ziehen kann, kommt er zu einem kritischen, differenzierten Gesamturteil:

»...[es gelang] mir bald, den Aufenthalt als Chance zu sehen, auch wenn ich tiefe Abgründe erlebte. Aber das Erleben verbitterter Verweigerer sozusagen am gleichen Tisch schmerzte; auch das Schicksal von schwerer Beziehungsgestörten, denen das reine Gruppenangebot nicht ausreichte, um »erreicht« zu werden, und die nahe dem sozialen Außenseitertod dahinsiechten, auch wenn dies gar nicht unbedingt auffiel; und Patienten, mit denen die Therapeuten nicht zurechtkamen und auch durch Supervision keinen Weg fanden. Dann gab es natürlich therapeutische Beziehungsabbrüche durch Urlaube, Gruppenauflösungen, Therapeutenwechsel, -erkrankung und unklare atmosphärische Störungen. Das Gelingen der Therapie ist in solch einem Betrieb auch eine statistische Größe. Was vielleicht fehlte, war die Milderung oder supervisorische Abfederung von therapeutischen Beziehungskatastrophen, die einzelne Patienten, aber auch den Therapeuten wie das Team bedrohten. [...] Eine solche Katastrophe ist aufwühlend durch die dort gegebene Nähe, und da hatte ich manchmal Mühe, nicht professionell einzugreifen oder wenigstens

meine Beobachtungen ans Team weiterzuleiten, besonders wenn ich von einigen Patienten in Not darum gebeten wurde. Die Therapeuten haben mich sanft korrigiert und mich entlastet vom Retter-sein-Müssen. Ich wäre ziemlich rasch aus meinem eigenen therapeutischen Prozess herausgefliegen. Trotzdem war mein innerer Supervisor nicht immer auszuschalten, und gelegentlich wurde ein kleiner Hinweis von mir sogar dankbar aufgenommen, so daß meine professionellen Wahrnehmungen zwar nicht zum eifrigen Eingreifen wurden, aber doch auch nicht völlig entwertet waren« (Moser, 2004, S. 258f.).

Es muss noch einmal hervorgehoben werden, dass es sich in der Darstellung um eine psychotherapeutische Einrichtung handelt und – anders als bei Lauveng und Kuiper – nicht um eine psychiatrische Klinik. Die beiden kurzen Psychiatrieaufenthalte werden bei Moser nur am Rande dargestellt und zumindest in dem einem Fall als »Ort vorläufiger Sicherheit, wenn auch nicht der Geborgenheit« (2004, S. 313) von ihm wahrgenommen.

Anders beurteilt Margret Osterfeld (2006) die Erfahrungen, die sie als Patientin in der Psychiatrie gemacht hat; ihre Erzählung, die im Rahmen eines offenen Interviews stattfindet, findet sich in dem bereits erwähnten Buch von S. Prins (Hg., 2006). Osterfeld, Jg. 1950, arbeitet als Ärztin in der Psychiatrie. Die wachsende Arbeitsbelastung sowie Konflikte im Team führen 1998 zur Krise und Erkrankung. Weil hier die Randbedingungen schon eine wichtige Rolle spielen, Osterfeld selbst auch zu einer eigenen Einschätzung kommt, die sich nicht immer decken mit der ihres unmittelbaren Umfeldes, auch hierzu der Originaltext:

»Das alles war im November 1998. Ich hatte auch Schwierigkeiten im Team. Ich wurde angefeindet von der Psychologin, weil ich ihr »was wegnahm« in der Patientenbetreuung. Gleichzeitig wurde genau dies von oben von mir verlangt. Ich selber habe immer noch mit sehr viel Schwung versucht, Lösungsvorschläge zu machen. Dann letztlich auch mit immer mehr Druck.

Das alles habe ich kompensiert – auch außerhalb des beruflichen Kontextes – mit irgendwelchen dummen Sprüchen und Albernheiten. Letztlich war es eine blöde Bemerkung von mir gegen den leitenden Oberarzt in der Mittagspause, die ihn dazu veranlasste, zu der Chefin zu gehen und zu sagen, mit der Kollegin ist was nicht in Ordnung.

Die Chefin hat mich dann sofort zu sich gerufen und darauf bestanden, ich solle ein paar Tage frei machen.

Ich verstand das überhaupt nicht. Das Ganze war eine ungeheure Kränkung. Warum macht meine Chefin das – ohne Begründung? Als ich beim Rausgehen an der Tür stand, sagte sie noch: »Und nehmen Sie doch ein kleines bisschen Tavor.« Ich fand das unverschämte, ganz einfach unverschämte, weil sie meine Chefin war. Und mir keine Medikamentenverordnung zu machen hat. [...]« (Osterfeld, 2006, S. 55).

Die Ambivalenz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung durchzieht das gesamte Interview. Die Phase, in der die Ärztin als »auffällig« erlebt wird, setzt sich fort; Szenen wie die oben dargestellte wiederholen sich. Auch die Diagnosen sind unklar: ein *Normalbefund* wird ebenso attestiert wie *Hypomanie*. Auch wenn Osterfeld rückblickend zu der Einschätzung kommt, dass eine medizinische Behandlung angemessen war, ist sie empört den Zwang und die Formen der Gewalt, die sie erlebt hat. Sie kommt (von ihrem Umfeld dazu gedrängt) in eine Klinik, weigert sich aber, Medikamente zu nehmen:

»Am Dienstag kam dann mein Mann und unterhielt sich eine Stunde mit dem Arzt. Und dann kommt der Arzt raus und sagt zu mir: »Frau Osterfeld, Sie nehmen jetzt Valproat oder ich mache ihnen eine Psych-KG.« Darauf habe ich gesagt: »Dann machen Sie mal.«

O.k., dann da ich da mit Psych-KG und dann habe ich auch Medikamente geschluckt, weil ich einfach Angst davor hatte, dass als Nächstes die Zwangsmedikation kommt. Bitte, immer noch hatte ich nichts ausgefressen im Sinne von Gefährdung.

Ich habe dann Beschwerde dagegen eingelegt. Ich habe gesagt, dass Psych-KG ist ausgestellt worden, um mich zu einer Medikation zu zwingen, und das ist nicht zulässig. Ich habe die Beschwerde später dann zurückgezogen, aber unrechtmäßig finde ich das trotzdem nach wie vor. Das Psych-KG musste ich übrigens bezahlen. 700 Schleifen. DM damals. Als Privatpatientin.

Ich habe diese ganze Diagnose – Hypomanie – durchgehend nicht eingesehen, aber ich war einfach zermürbt und zerbrochen. Ich habe dann nach der Entlassung auch die Medikamente ein Jahr brav weitergeschluckt, einfach, weil ich auf der sicheren Seite sein wollte.

Ganz mühsam bin ich dann wieder zurück in den Beruf« (Osterfeld, 2006, S. 58).



Osterfeld, obwohl selbst in der Psychiatrie tätig, fordert die Respektierung der Menschen- und Patientenrechte in der Psychiatrie (2006, S. 69). Behandlungen müssten auf Kooperation basieren, Begriffe wie mangelnde Krankheitseinsicht findet sie obsolet ebenso wie Zwangsmedikation, die eine Körperverletzung darstelle (2006, S. 68ff.)

Eine Konsequenz, die sie für sich gezogen hat, ist, dass sie eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht für den Fall einer erneuten Erkrankung aufgesetzt hat. Darin ist namentlich festgelegt, wer über einen möglichen Klinikaufenthalt zu entscheiden hat: nämlich ein Psychiater, den sie lange kennt und dem sie vertraut, dann der sie behandelnde Psychotherapeut; außerdem drei psychiatrieerfahrene Personen ihres Vertrauens, denn »die haben einen ganz anderen Blick dafür zu entscheiden« (2006, S. 71). Außerdem sei bei jeder Unterbringung im Krankenhaus ihr Anwalt zu verständigen (2006, S. 71).

## Behandlungsverlauf und therapeutische Konzepte

Schwerpunkt in diesem Kapitel sind das bereits im letzten Abschnitt vorgestellte Buch von Tilmann Moser: *Bekenntnisse einer halb geheilten Seele* und das Buch von Helmut Junker: *Nachanalyse* (1993).<sup>5</sup>

Insbesondere Junkers Buch konzentriert sich auf den psychoanalytischen Behandlungsverlauf sowie auf die Auswirkungen der Therapie bzw. den neu gewonnenen Blick, der sich im beruflichen und privaten Alltag durchsetzt. Der Autor, selbst Psychoanalytiker und Hochschullehrer, ist Mitte fünfzig, als er an Asthma erkrankt. Ähnliche Beschwerden konnten in früherer Zeit bei ihm erfolgreich behandelt werden, doch die erneute Erkrankung greift nun massiv in seinen Alltag ein. Mithilfe einer Medikation kann die Asthma-Erkrankung zunächst zurückgedrängt werden. Die begleitende psychoanalytische Therapie, seine *Nachanalyse*, die wöchentlich einstündig stattfindet, ermöglicht ihm schließlich das Absetzen der Medikamente und eine körperliche Beschwerdefreiheit. Bei der Reflexion seiner Erkrankung erinnert sich Junker an Freuds Diktum, dass behandelnde Psychoanalytiker in regelmäßigen Abständen – etwa alle fünf Jahre – sich einer weiteren eigenen Analyse unterziehen sollten, um möglichen psychischen Kontaminationen durch die Patienten/-innen und Analysanden/-innen entgegenzuwirken (1993, S. 7).

Junker kann auch während seiner psychosomatischen Krise seinen beruflichen Verpflichtungen nachkommen. Im Unterschied zu den anderen bislang vorgestellten Berichten, ist er zu keinem Zeitpunkt so krank, dass er stationär behandelt werden müsste. Das Buch stützt sich auf Notizen, die er allwöchentlich im Anschluss an die Sitzungen festgehalten hat. Auffallend ist, dass er in seiner Darstellung die scheinbar distanzierte Dritte-Person-Perspektive wählt. Er spricht von sich selber als »der Patient«, obwohl durch den Titel und auch durch das Vorwort dokumentiert ist, dass es sich um ein »autobiographisches Fragment« handelt. Zentral wird der Gedanke, dass die Atemnot ein Ausdruck der frühen Beziehung zur Mutter ist. Die Mutter braucht ihn als das »kranke Kind«, um nicht von ihm verlassen zu werden. Es ist hier insbesondere der Begriff der »Lungenwelt«, den der Therapeut früh ins Gespräch bringt und der von dem Patienten als hilfreich und als »sehr geglückte Wortschöpfung« (1993, S. 14) wahrgenommen wird.

Die therapeutische Arbeit, obwohl nur einstündig und für die Dauer eines Jahres, wird als sehr unterstützend erlebt, sodass Junker rückblickend zusammenfassen kann:

»Symptombefreiheit, ein beweglicheres Interesse an den Vorkommnissen seines Lebens, ein Gang, der etwas weniger gebeugt ist, ebenso wie ein lebendiges Gefühl von Erleichterung erhielten sich über die vergangenen beiden Jahre. [...]

Entsprechend einem gemeinsamen analytischen Credo, daß Objektbeziehungen eines Patienten im Erkennen und Erdenken der unbewußten Phantasien neu verknüpft werden, daß synonym zum Denken das Weiterfühlen und Ausfühlen der inneren Wunschwelt und ihrer Ausgestaltung zum Gelingen der Therapie beitragen, meint der Autor, daß sowohl die therapeutische Beziehung als auch die Deutung seiner unbewußten Konflikte zu seiner Genesung beigetragen haben« (Junker, 1993, S. 15).

<sup>5</sup> Sehr lohnend mit Blick auf psychoanalytische Behandlungstechniken sind außerdem die Arbeiten von H. Guntrip (1975/1997) und von M.I. Little (1994). Da es sich aber in beiden Fällen um die Darstellung der Lehranalyse und nicht um Patientenberichte handelt, konnten sie in diesen Aufsatz nicht mit aufgenommen werden.

Diese eigene, positive Einschätzung der therapeutischen Wirkung steht m.E. in einem merkwürdigen Kontrast zu der befremdlichen Wirkung, die das Buch beim Lesen auszulösen vermag. Das müsste genauer untersucht werden, was aber im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden kann. Interessantes und Weiterführendes ist dazu zu finden bei Iser (1976): *Der Akt des Lesens. Theorie ästhetischer Wirkung*. An dieser Stelle wäre die vergleichende Einschätzung verschiedener Leser/-innen sehr hilfreich. Obwohl der Autor-Patient für sich eine zunehmende Beweglichkeit feststellt, spiegelt sich dies in der Darstellung zumindest in meiner Lesart nicht wider; vielmehr scheint die Beschreibung stellenweise von Leid und Resignation geprägt; als Beispiel sei hier auf die Formulierung: »ein Gang, der etwas weniger gebeugt ist« (Junker, 1993, S. 19) verwiesen.

Das Buch von Junker zeigt beispielhaft die Anwendung der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie. Es geht aber nicht darüber hinaus und es kommt zu keiner (Selbst)Distanzierung in positiver oder negativer Abgrenzung. So ist es naheliegend, dass der Leser/die Leserin in den vom Autor erlebten und beschriebenen therapeutischen Prozess involviert wird, was zu unterschiedlichsten Reaktionen führen mag.<sup>6</sup> Das scheint vom Autor intendiert zu sein; so heißt es im Vorwort:

»Im Akt des Schreibens fließen die sonst getrennt beurteilten Bereiche, das öffentliche Er und das private Ich, ineinander. Anders formuliert: Der Erwachsene trifft das Kind in sich. Das Kind begegnet dem Erwachsenen, zu dem es geworden ist. In der Therapie wechseln die Selbst-Einstellungen vom szenischen Fließen zur kritischen Reflexion. Der Text versucht, diese Verschiedenheiten lesbar zu verbinden« (Junker, 1993, S. 9)<sup>7</sup>.

Behandlungsverläufe und unterschiedliche theoretische Grundannahmen sind auch bei Moser ein zentrales Thema, vielleicht sein Lebensthema schlechthin, wenn man die Fülle an Büchern, die er darüber veröffentlicht hat, zu Grunde legt. In dem Buch *Bekenntnisse einer halb geheilten Seele* (2004) zieht er eine Art Resümee. Die einzelnen Behandlungsformen werden rückblickend betrachtet, und er versucht ihren Stellenwert mit Blick auf seinen Werdegang und seine Genesung zu bestimmen. Das tröstliche Fazit, das er zieht, lautet:

»Die lange therapeutische Reise hat sich gelohnt. Und ich kann Patienten, wenn eine oder zwei Behandlungen in die Irre geführt haben oder nur zu halbem Ergebnis, nur raten, nicht aufzugeben« (Moser, 2004, S. 9).

Das darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Mosers therapeutischer Weg ein langer und mühsamer ist, von Enttäuschungen und Kränkungen ebenso intensiv geprägt wie von Idealisierungen und Hoffnungen. Schon in seiner Ausbildungszeit, seiner Lehranalyse, glaubt er an eine grundlegende Veränderung seines Lebens und seiner Persönlichkeitsstruktur durch die Lehranalyse, nachzulesen in seinem Buch *Lehrjahre auf der Couch* (1974). Der damalige hymnische, geradezu religiös geprägte Charakter seiner Darstellung wird auch von Moser selbst, zumindest im Rückblick, so wahrgenommen, und spiegelt seine großen (Heils)Erwartungen wider. Der Leser/die Leserin – sofern nicht selbst für Heilsversprechungen empfänglich – wird dem mit entsprechender Skepsis begegnen. Es lohnt sich allerdings, darüber nachzudenken, inwieweit der Psychoanalyse (in Theorie und Praxis) nicht selbst ein religiöser Kern innewohnt<sup>8</sup>. Moser ist in mancher Hinsicht ein vorbildlicher Patient: Nicht gewillt, den Glauben an die Psychoanalyse aufzugeben, versucht er, das Gute und für ihn Heilsame zu bewahren, und in dem Maße, in dem die klassische Psychoanalyse nicht genügt, nach Ergänzungen und Modifikationen zu suchen. Das wird nicht von allen gerne gesehen: Die »Kirchen-Oberen« sorgen sich um die Grundsätze und die Einheitlichkeit des Vereins und reagieren häufig ganz »menschlich« und gar nicht psychoanalytisch, nämlich mit Abwehr, Schuldzuweisung und Ausgrenzung<sup>9</sup>. Spätestens hier beginnt auch das Tragische und Problematische, das den Umgang mit Patienten/Patientinnen unmittelbar betrifft.

Nicht die möglichen Grenzen und Unzulänglichkeiten des therapeutischen Konzepts werden in der Auseinandersetzung bei orthodoxen Psychoanalytikern/-innen zum Gegenstand gemacht,

<sup>6</sup> Ich teile nicht die Position von Hirsch (1995), der sich unverhohlen bissig über das Buch äußert und damit weder dem Buch als Selbstzeugnis noch seinem Erkenntniswert gerecht wird.

<sup>7</sup> Vgl. dazu auch das Zitat von Junker (1993, S. 8f.) in diesem Aufsatz, am Ende des Kapitels »Anlass und Bedeutung des Schreibens«.

<sup>8</sup> Vgl. dazu z.B. Gay, 1988.

<sup>9</sup> Vgl. zu den historischen Anfängen der Psychoanalyse und ihrer straffen Struktur bei Freud auch: Illouz, E. (2009), S. 52ff.

sondern die Grenzen und Unzulänglichkeiten des Patienten: »[...] Unfähigkeit zur Analyse, Verworfenheit, maligne Regression, bösartiger Widerstand, unüberwindlicher Neid, negative therapeutische Reaktion, schwere Borderline-Persönlichkeit. Alles bekam ich zu hören« (Moser, 2004, S. 13). Und das bittere Fazit:

»[...] Es macht etwas mit dem Patienten, wenn er über Jahre des Leidens keine Linderung erfährt, es aber sich selbst zur Last legt und parallel zum verärgerten oder verzweifelten Fühlen und Diagnostizieren des Therapeuten eine Verschärfung der Kategorisierung vornimmt [...]« (Moser, 2004, S. 13).

Aber er begegnet auch Reformfreudigen, und da Moser nicht nur Patient, sondern selbst Analytiker ist, verfügt er über das nötige Wissen und den nötigen Zugang, um Alternativen auszuprobieren. Hier wird die Doppelrolle Therapeut-Patient in hohem Maße bedeutend und von Moser konstruktiv umgesetzt: Auf der Suche nach dem, was ihm selbst hilfreich sein könnte, bildet er sich selbst ständig weiter, wendet auf sich selbst an, was er dann, professionell gefiltert, an seine eigenen Patienten/-innen weitergeben kann.

Mosers Hauptkritikpunkt an der klassischen Psychoanalyse ist, dass diese den Körper des Patienten vernachlässige. Spätestens mit den Ergebnissen der Traumaforschung muss auch theoretisch als gesichert gelten, was die Säuglings- und Bindungsforschung bereits wusste: Insbesondere frühe Störungen reichen soweit in das Körper-Gedächtnis des Menschen zurück, dass sie mit Worten nicht erreicht werden können, sie sind präverbal. Entsprechend kann die klassische Psychoanalyse diesen Störungen nicht genügen, sie muss als kontraindiziert gelten, was aber lange nicht gewusst oder in seinen Konsequenzen bedacht wurde. Dazu Moser:

»Freud schreibt, das frühe Ich sei vor allem ein körperliches. Dann ist es das traumatisierte Ich erst recht. Aber die Psychoanalyse hat daraus lange Zeit kaum Konsequenzen gezogen, sondern zum Teil eine Psychoanalyse sogar von Traumatisierten in Übertragung und Gegenübertragung für die höchste aller Künste erklärt. Viele analytisch orientierte Traumatherapeuten denken darüber inzwischen anders, wenn sie es weder dem Analytiker noch dem Patienten zumuten wollen, daß sich das Grauen zwischen den beiden entfaltet. [...] Der Urhunger nach den vielfältigen Formen des Berührens ist nicht abzutruern, wie es die klassische Behandlungstheorie verlangt, oder in rein symbolischen Halt zu verwandeln. Dieses Programm wird als grausam erlebt, als Verweigerung, als implizite Diagnostizierung des Patienten als anormal, bockig, gierig, agierend, gefräßig, oral gestört, klammernd, ichschwach, aufdringlich, bedrängend, das Setting nicht einhaltend, nicht analysefähig und manches mehr« (Moser, 2004, S. 110f.).

Die Grundannahmen des psychoanalytischen Konzepts korrespondieren in hohem Maße mit dem Setting in der Behandlungssituation: Der ›unsichtbare‹ Analytiker, der zumindest in der klassischen Psychoanalyse am Kopfende hinter der Couch sitzt, kann und soll als reale Person für den Analysanden möglichst wenig präsent sein, um die freie Assoziation des Analysanden nicht zu beeinflussen. Dies kann zu einer völligen Überforderung des Patienten führen:

»Die Unsichtbarkeit des Analytikers, die auf der Ebene der Neurose und bei etablierten inneren Objekten segensreich sein kann, steigert bei früh traumatisiertem Selbst das Mißtrauen. Natürlich kann man sagen, dadurch erblühe die bereits vorhandene negative Übertragungsbereitschaft. Aber das scheint mir ein Irrtum in dem Maße, als die Übertragung allein dem Patienten zugeschoben wird. Es gibt große Quanten an settingsbedingter Steigerung des Mißtrauens und des Hasses, der destruktiven Phantasien, und sie dem Patienten als reine Eigenproduktion unterzuschieben[,] ist eine grobe Ungerechtigkeit« (Moser, 2004, S. 116).

Schwer aushaltbar für Analytiker/-in und Patient/-in sind, besonders bei frühen Störungen, die negativen Übertragungsformen, die das psychoanalytische Konzept voraussetzt, denen sie aber in der Praxis nicht immer konstruktiv begegnen kann. Moser verweist auf verschiedene, scheinbar nicht auflösbare Verstrickungssituationen, die er selbst als Analysand erlebt hat, von denen aber auch Rat suchende Patienten zu erzählen wissen. Moser ist davon überzeugt, dass hier das Rollenspiel Abhilfe schaffen kann, das er im Rahmen der Gestalttherapie kennengelernt und eingeübt hat. Der Therapeut zieht sich hier in der Weise aus dem Geschehen zurück, dass der Patient im Rollenspiel mit den eigenen Introjekten (z.B. der Vater- oder Mutterfigur) die (früheren) Konfliktsituationen durchspielt. Der Therapeut/die Therapeutin fungiert in diesem Setting nur als begleitende, unterstützende Person, die (ein Stück weit) aus dem Übertragungsgeschehen heraustritt. Die Gefahr möglicher Verstrickungen ließen sich nach Moser so ein Stück weit vermeiden, zumindest aber reduzieren.

## Konsequenzen der Autoren/-innen für Theorie und Praxis der Psychotherapie

### Fragen zur Behandlungstechnik

Bei Moser sind die Konsequenzen, die er aus den Erfahrungen an der eigenen Person für seine eigene therapeutische Praxis zieht, offensichtlich und durchgängig auch Gegenstand in *Bekenntnisse einer halb geheilten Seele* (2004). Es geht ihm vor allem um eine Öffnung der Psychoanalyse und um eine Integration anderer therapeutischer Methoden.

Bei Junker und Kuiper werden mögliche Konsequenzen für Theorie und Praxis der Psychotherapie nicht explizit formuliert. Sie können allenfalls indirekt erschlossen werden. Junkers Bericht zeigt beispielhaft, dass niederfrequente psychoanalytische Therapie bei Krisenbewältigung wirksam sein kann. Insofern ist sein Buch ermutigend und ein Plädoyer für die Psychoanalyse, auch und speziell für eine Nachanalyse. Die Nachanalyse, wie sie Junker erfährt, führt nicht nur zu seiner eigenen Genesung, sondern sie bedeutet auch – nach seiner eigenen Einschätzung – eine Entlastung und Bereicherung für sein persönliches Umfeld: seine Lebensgefährtin und seine beiden Töchter. Durch die analytische Fürsorge und die bessere Selbstannahme kann er sich wieder mit Kraft den »realen sozialen Wünsche[n] und Aufgaben« widmen (Junker, 1993, S. 15).

Kuiper scheint es in seinem Bericht vorrangig darum zu gehen, ein Verständnis für das Krankheitsbild der schweren Depression zu vermitteln; die Frage nach Veränderungen oder Konsequenzen für das Gesundheitssystem treten dagegen zurück. Es sind einzelne Verhaltensweisen von Ärzten/-innen oder Pflegern/-innen, die ihm auffallen, z.B. das uneinfühlsame Verhalten eines Pflegers (vgl. S. 111 f.) oder die räumlichen Bedingungen, die eine Genesung erschweren, z.B. der Lärm auf der Station, die Pingpong-Platte vor seinem Zimmer. Eine grundsätzliche Kritik findet sich bei Kuiper nicht. Im Vordergrund steht die Dankbarkeit über seine Heilung und den Institutionen und Personen gegenüber, die dies ermöglichten.

### Krankheitsverständnis

Krankheiten und Diagnosen sind keine absoluten Größen, sondern hängen eng mit kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen zusammen. Speziell bei psychischen Erkrankungen erscheint es sehr fragwürdig, einen Zustand »von außen«, aus der Dritte-Person-Perspektive, mit einem Krankheitswert zu belegen; eigentlich kann dies nur der Leidende selbst, aus der Erste-Person-Perspektive, mit privilegiertem Zugang zu sich selbst.

Explizit problematisiert wird das Krankheitsverständnis bei Osterfeld und bei Lauveng. Bei Osterfeld wird der ganze Krankheitsverlauf von dieser Frage begleitet: Wann ist ein Verhalten nur sozial auffällig oder unerwünscht, wann wird es pathologisch? Und wer hat die Deutungshoheit, die dazu autorisiert, über die entsprechenden Maßnahmen zu entscheiden? Osterfeld ist es offensichtlich gelungen, einen Weg zu finden, der es ihr möglich macht, sich in kritische Distanz zu der Meinung ihres Umfeldes zu begeben, aber auch Kompromisse einzugehen, wo sie andernfalls dauerhafte Nachteile befürchtet. Sie hat darüber hinaus kluge, institutionenbezogene Vorkehrungen für sich getroffen, um im Wiederholungsfalle Risiken oder Schäden für sich zu minimieren. Der Bericht macht aber damit in indirekter Weise auch deutlich, dass es notwendig zu sein scheint, über ein hohes Maß an institutionsbezogenem Wissen zu verfügen, um im Falle einer Erkrankung nicht Verordnungen oder Anweisungen ausgeliefert zu sein, sondern weiterhin autonom und selbstbestimmt handeln zu können. Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen sei sie sehr vorsichtig geworden in Beurteilung der Patienten/-innen, die sie zu diagnostizieren hat. So sagt sie:

»Ich muss immer sehen, dass ich ein gemeinsames Krankheitsverständnis finde. Ich habe mir Begriffe wie Krankheitseinsicht oder mangelnde Krankheitseinsicht einfach abgewöhnt, weil sie Quatsch sind. [...]

Ich schreibe ganz bewusst nicht in meinem Arztbrief: »Die Behandlung war schwierig, weil der Patient keinerlei Krankheitseinsicht zeigte.« Ob ich das schreibe oder: »Es gelang während der Behandlung nicht, ein ausreichend stabiles gemeinsames Krankheitsverständnis zu entwickeln«, sind zwei verschiedene Paar Schuhe. Und das ist nicht nur Wortklauberei, sondern da steckt eine andere Haltung dahinter. Ich kann es nicht jemandem vorwerfen, dass er nicht die Einsicht von mir teilt« (Osterfeld, 2006, S. 69).

Auch in Lauvengs Buch *Morgen bin ich ein Löwe* werden die Probleme eines an abstrakten Normen orientierten Krankheitsverständnisses diskutiert. Statistiken, Diagnosen und Manuale verfehlen ihren Sinn, wenn man sie aus ihren existenziellen Bezügen löst.

»Es ist für Arzt und Patienten gleichermaßen einfach, darauf zu vertrauen, dass die Diagnose gleichzeitig die Erklärung ist, doch das ist sie nicht. Der Kapitän [eine Wahnvorstellung, d. Verf.] fügt sich wunderbar in die ICD-10 – [...] Diagnosekriterien für die »paranoide Schizophrenie« [...].

Aber wir wissen immer noch nicht, wer der Kapitän ist, wo er herkommt und wie wir ihn loswerden können. Viele sind der Meinung, die Antworten würden sich ergeben, hat man erst die Untersuchung beendet und die Diagnose erstellt. [...] Aber der Kapitän brüllt immer noch und die wichtigsten Fragen sind unbeantwortet. Die wichtigsten Fragen des Lebens lauten doch: wer bin ich, was will ich, was und wer ist wichtig für mich? Welche grundsätzlichen Lebensregeln habe ich, und welche davon will ich behalten? Was mag ich, und was mag ich nicht? Was erhoffe ich mir vom Leben? Und auf eine solche Frage vermag eine ICD-10-Diagnose keine Antwort zu geben« (Lauveng, 2005, S. 49).

## Soziales Umfeld und Genesung

In allen Texten wird die Bedeutung des sozialen Umfeldes bei der Genesung und dem Wiedereinstieg in ein »normales Leben« deutlich; explizit bei Kuiper, bei Lauveng und bei Junker. Kuiper weist insbesondere darauf hin, wie wichtig die Zeit *nach* einer psychischen Erkrankung ist. Denn nicht nur die psychotische Depression stellt eine große psychische Belastung dar, sondern auch die anschließende »Trauer« über diese Erfahrung (vgl. Kuiper, 1991, S. 241f.):

»Die Verarbeitung einer so schweren Krankheit fordert viel von dem, was ich hier eher nüchtern den psychischen Apparat nennen will. Ich habe mich oft gefragt: Wie wäre es mir wohl ergangen, wenn ich, um es banal zu sagen, nicht die optimale Unterstützung meiner Frau gehabt hätte, wenn ich nicht umgeben gewesen wäre von treuen Freunden? Wie hätte ich dann die Enttäuschung verarbeitet, die Menschen einem zufügen, die offenbar argumentieren: »Einmal verrückt, immer verrückt!« Ich kann von Herzen unterschreiben, was Nolen [der behandelnde Arzt, d. Verf.] gesagt hat: Gute Kontrolle der Medikation reicht bei weitem nicht aus. Wenn man die Beziehungen des Patienten, der dabei ist, sich von einer Depression zu erholen, nicht beobachtet, die soziale Situation und die Enttäuschungen, die er verarbeiten muß, nicht gründlich durchspricht, dann ist die Gefahr groß, daß er wieder krank wird. Mißlingt die Verarbeitung der Tatsache, daß man psychisch krank gewesen ist, so wird sie zur Ursache einer neuen Erkrankung« (Kuiper, 1991, S. 241f.).

Lauveng ist davon überzeugt, dass eine Genesung und Wiedereingliederung nicht gelungen wäre, wenn sie neben der professionellen Hilfe nicht die vehemente Unterstützung von Mutter und Schwester gehabt hätte.

Junker weiß um die »Zuwendung seiner mitleidenden und mithoffenden Lebensgefährtin« (Junker, 1993, S. 15) und sieht in ihr eine »Übertragungs-Helferin« (Junker, 1993, S. 14), ohne die eine Heilung erschwert worden wäre.

## Anlass und Bedeutung des Schreibens

Ähnlich unterschiedlich wie die Lebenssituationen der Autoren/-innen der hier vorgestellten Berichte sind, unterscheiden sich – zumindest äußerlich – die Anlässe und die Motive zum Schreiben bzw. Erzählen. Osterfeld wird im Rahmen einer Interviewreihe um einen Bericht gebeten. Hier handelt es sich – im Unterschied zu allen anderen Texten – um einen mündlichen Bericht, der anschließend verschriftlicht wurde.

Auch Kuiper fasst seinen Bericht aufgrund einer Anregung bzw. Bitte seines behandelnden Psychiaters, Dr. Nolen, der den Wunsch damit verknüpft, Kuiper möge zum einen das Krankheitsgeschehen dadurch besser verarbeiten können, zum anderen aber auch anderen Patienten und deren Angehörigen zu einem besseren Verständnis der Krankheit verhelfen. Beide Absichten scheint Kuiper zu teilen. Kuiper hebt außerdem hervor, dass mit der Genesung und beim Schreiben die »frühere gewohnte Lust am Betrachten und Reflektieren zurück[kehrte]« (Kuiper, 1991, S. 11)

Lauveng schreibt, weil sie eine wahre Geschichte, nämlich *ihre Geschichte* über ihre Erkrankung erzählen möchte. Sie legt Wert auf die Feststellung, dass Wahrheit immer nur in

Geschichten vermittelt werden kann, weil es die eine, allgemeingültige Wahrheit nicht gäbe. Als sie krank war, hat sie vermisst, dass ihr niemand eine Geschichte über Schizophrenie erzählt hat, die sie ermutigt hätte:

»Als ich krank war, bekam ich nur eine Geschichte zu hören. Es hieß, ich sei krank, ein angeborenes Leiden, das mein ganzes Leben dauern würde und mit dem ich lernen müsste zu leben. Diese Geschichte stimmte in meinem Fall nicht. Sie machte mir keinen Mut und gab mir weder Hoffnung noch Kraft in einer Zeit, in der ich gerade das so gebraucht hätte. Es war keine Geschichte, die mir gut tat. Und in meinem Fall war es auch keine wahre Geschichte. Aber es war die einzige Geschichte, die ich zu hören bekam« (Lauveng, 2006, S. 14).

Erst in ihrem Studium erfuhr sie, dass bestimmte Formen der Schizophrenie durchaus Heilungschancen haben. Geschichten über eine Heilung bekam sie als Patientin aber nie zu hören. Diesem Mangel will sie mit ihrer Geschichte begegnen.

Auch Moser will mit seinem Buch aufklären und andere Betroffene ermutigen, nach möglichen unzureichenden Behandlungen nicht aufzugeben, wie er im Vorwort festhält (vgl. Moser, 2004, S. 9). Aber er will noch anderes und darauf gibt schon der Titel: Bekenntnisse einer halb geheilten Seele Hinweis. Moser erläutert:

»Der Gedanke, mir selbst und anderen darüber Rechenschaft zu geben, verbunden mit dem Versuch der Erhellung der inneren und äußeren Vorgänge, hat mich seit langem begleitet, vor allem, seit ich mir klarmachen mußte, daß die in den ›Lehrjahren auf der Couch‹ beschriebene Analyse nur ein Teilstück, eine Teilwahrheit war und außerdem an meiner seelischen Erkrankung kaum etwas geändert hatte« (Moser, 2004, S. 9f.).

Hier wird Schreiben also auch als Möglichkeit der Korrektur und der Selbsterforschung verstanden. Allerdings spielen bei einem Autor wie Moser, der so viel und leidenschaftlich schreibt, sicherlich eine Vielzahl von Motiven eine Rolle, die genauer zu untersuchen hier nicht möglich ist. Moser äußert aber auch in den *Bekenntnissen*, dass er Schreiben oft für ein Symptom gehalten hat – oder positiv formuliert: Schreiben ist für ihn auch ein Mittel gegen die Depression.

Junker möchte Einblick geben in psychoanalytische Prozesse. Er glaubt – darin Lauveng vergleichbar –, dass ›Wahrheit‹ immer nur im subjektiven Prozess erlebbar und aufzeigbar ist. Junker, der mit seinem Buch dem Leser/der Leserin vielleicht am meisten zumutet, hat dafür eine Begründung und will dies in den Dienst der Sache gestellt wissen:

»So mag, was dem therapeutisch kundigen Leser leicht verständlich ist, einen mehr ›literarisch‹ Lesenden befremden, wie düster und quälend der Autor seinen psychischen Lebensgrund schildert. Dieses Hervorholen des konventionell Unsichtbaren ist aber gerade seine Absicht. Sie steht im Dienste des Erkennens – und einer heilsamen Veränderung« (Junker, 1993, S. 8f.).

## Ausblick

Trotz unterschiedlicher Krankheitsbilder, Einschätzungen und Positionen scheint allen Autoren/-innen die Einschätzung gemeinsam zu sein, dass sie durch ihre Krankheit einen Zugewinn an Erkenntnis gewonnen haben, der über das rein theoretische Wissen nicht vermittelt werden konnte. Um auf die eingangs gestellte Frage zurückzukommen: Die Erste-Person-Perspektive ist nicht ohne weiteres über die Dritte-Person-Perspektive einholbar. Interessant ist, dass diese erkenntnistheoretische Dimension in den meisten Texten mitreflektiert wird: explizit bei Lauveng, die Wahrheit an *Geschichten* gebunden weiß. Junker betont den prozesshaften Charakter von psychoanalytischer Wahrheit und Kuiper verweist auf den Begriff der »befindlichen Wahrheit«.

Für eine Fehlerkultur in der Psychotherapie bedeutet dies, dass Therapiegeschichten, die von Patienten/-innen erzählt oder geschrieben werden, in Praxis und Forschung viel stärker berücksichtigt werden sollten als bislang geschehen.

## Literatur

Böker, H. (2004). Rezension: Piet C. Kuiper (1995): Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters. In S. Mentzos & K. Münch (Hg.), *Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie. Bd. 11: Psychose und Literatur* (S. 95–98). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Brentano, M. (2006). Rezension: Tilmann Moser (2004): Bekenntnisse einer halb geheilten Seele. Psychotherapeutische Erinnerungen. *Psyche*, 60 (1), 79–81.
- Brentano, M. (2008). Rezension: Arnhild Lauveng: Morgen bin ich ein Löwe. Wie ich die Schizophrenie besiegte. *Psychotherapeut*, 53, 308–309.
- Gay, P. (1988). *Ein gottloser Jude*. Frankfurt a.M.: S. Fischer.
- Grundmann, E. (2009). Berichte und Erzählungen von PatientInnen. Ein Perspektivenwechsel. In F. Pfäfflin & H. Kächele (Hg.), *Behandlungsberichte und Therapiegeschichten* (S. 137–163). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Guntrip, H. (1975). Meine analytische Erfahrung mit Fairbairn und Winnicott. Wie vollständig ist das Ergebnis psychoanalytischer Therapie? *Psyche*, 51 (7), 676–699.
- Hirsch, M. (1995). Rezension: Helmut Junker (1993): Nachanalyse. Ein autobiographisches Fragment. *Psyche*, 49 (6), 595–598.
- Illouz, E. (2008). *Die Errettung der modernen Seele. Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Iser, W. (1976). *Der Akt des Lesens. Theorie ästhetischer Wirkung*. (Zweite, durchgesehene und verbesserte Auflage 1984). München: Fink.
- Joisten, K. (Hg.). (2007). Narrative Ethik: Das Gute und das Böse erzählen. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie. Sonderband 17*. Berlin: Akademie Verlag.
- Junker, H. (1993). *Nachanalyse. Ein autobiographisches Fragment*. Tübingen: edition diskord.
- Kächele, H. (1993). Der lange Weg von der Novelle zur Einzelfallanalyse. In U. Stuhr & F.-W. Deneke (Hrsg.), *Die Fallgeschichte. Ihre Bedeutung als Forschungsinstrument* (S. 32–42). Heidelberg: Asanger.
- Kächele, H. & Pfäfflin, F. (Hg.). (2009). *Behandlungsberichte und Therapiegeschichten. Wie Therapeuten und Patienten über Psychotherapie schreiben*. Gießen: Psychosozial.
- Koch, H.H. & Keßler, N. (Hg.). (1998). *Schreiben und Lesen in psychischen Krisen. Bd. 1: Gespräche zwischen Wissenschaft und Praxis*. Neumünster: Paranus.
- Kuiper, P.C. (1988/1991). *Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters*. (Aus dem Niederländischen von Marlis Menges. 8. Aufl. 2003). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Laing, R.D. (1960/1969). *Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über Gesundheit und und Wahnsinn*. Köln: Kiepenheuer & Witsch 1994.
- Lauveng, A. (2005/2008). *Morgen bin ich ein Löwe. Wie ich die Schizophrenie besiegte*. (Aus dem Norwegischen von Günther Frauenlob). München: btb.
- Leonhardt, M. (2011). *Als meine Seele dunkel wurde. Geschichte einer Depression*. München: dtv.
- Little, M.I. (1994). *Die Analyse psychotischer Ängste. Zwei unorthodoxe Fallgeschichten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Meyer, A.-E. (1993). Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-Darstellung – Hoch lebe die Interaktionsgeschichte. In U. Stuhr & F.-W. Deneke (Hg.), *Die Fallgeschichte* (S. 61–84). Heidelberg: Asanger.
- Moser, T. (1974). *Lehrjahre auf der Couch. Bruchstücke meiner Psychoanalyse*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1976.
- Moser, T. (2004). *Bekenntnisse einer halb geheilten Seele. Psychotherapeutische Erinnerungen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Osterfeld, M. (2006): Vor der Tatsache des Krankwerdens habe ich keine Angst mehr. Nur vor der Tatsache, so behandelt zu werden, habe ich Angst. In S. Prins (Hg.), *Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen* (S. 53–71). Neumünster: Paranus.
- Prins, S. (Hg.). (2006). *Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen*. Neumünster: Paranus
- Stuhr, U. & Deneke, F.-W. (Hg.). (1993). *Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*. Heidelberg: Asanger.
- Thomä, H. & Kächele, H. (Hg.). (2006). *Psychoanalytische Therapie. Forschung*. Heidelberg: Springer.