

M. Ringler

Psychotherapie im Krankenhaus: Eine Fallgeschichte

Zusammenfassung Das folgende Fallbeispiel soll illustrieren, welche Faktoren in psychotherapeutischen Interventionen im Krankenhaus zu beachten sind. Gemeinsame Zielvorstellungen zwischen Überweisern, Patienten und Psychotherapeuten sind dabei vordringlich zu beachten, damit in der Folge Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse, wenn schon nicht bearbeitet, so doch in solcher Weise berücksichtigt werden können, daß ein Behandlungserfolg zustande kommen kann. Das Beispiel illustriert gleichermaßen die eminente Bedeutung der Angehörigen und die Notwendigkeit, mit ihnen zu arbeiten. Behandlungserfolge sind nicht allein auf der Ebene der psychischen Funktionen zu lokalisieren, sondern sollten gleichermaßen in einer Verbesserung des Körperstatus resultieren.

Schlüsselwörter: Konsiliar-, Liaisonpsychotherapie, Psychotherapie im Krankenhaus, Fallstudie, Psychosomatik, Gegenübertragung.

Psychothérapie en milieu hospitalier: exemple d'un cas

Résumé Les interventions psychothérapeutiques menées dans un milieu médical requièrent souvent une procédure différente de celle utilisée dans le contexte d'un cabinet privé. L'exemple suivant me permettra de mettre les différences en évidence et de montrer comment il est possible de tenir compte de la complexité des conditions de traitement. Le médecin adresse souvent le patient au psychothérapeute parce que les symptômes de ce dernier se sont aggravés, d'une manière qui ne semble pas correspondre aux efforts thérapeutiques entrepris, et plus rarement parce que l'état psychique de celui-ci le justifie. A ce niveau, le manque de réactivité du patient à la démarche thérapeutique est souvent perçu comme symbolisant l'échec du travail du médecin (Rodewig 1994, Rodewig 1995). Alors que dans la pratique du thérapeute indépendant, famille et institutions sont souvent "tiers invisibles", qu'il est possible d'ignorer, dans le contexte de l'hôpital ils sont participants aux processus thérapeutiques, jouant un rôle aussi éminent que l'état physiologique du patient et le traite-

Psychotherapy in hospital – a case report

Abstract A case study is presented to illustrate those aspects which are significant for psychotherapeutic interventions in a hospital setting. The referring medical system, patients and psychotherapists have to agree on a common goal, which is a prerequisite to be able to assess transference and countertransference processes and acknowledge them in the course of one's work in such a way that they do not prevent the therapeutic success. As well the example demonstrates the eminent significance of the relatives and the necessity to offer psychotherapeutic help to them as well. Treatment success should be evaluated by the improved functioning of psychic processes as well as an improvement in bodily functions.

Keywords: Consiliar-, liaisonpsychotherapy, psychotherapy in hospital, case study, psychosomatics, counter-transference

ment qu'il requiert. Le succès des efforts thérapeutiques dépend largement de la manière dont toutes les personnes impliquées réussissent à se mettre clairement d'accord sur le mandat à accomplir et ses objectifs.

Une autre variable d'une démarche réussie est la capacité dont le thérapeute dispose à gérer les réactions de transfert/contre-transfert de manière à éviter toute dissociation 'corps malade/être bon' (Rodewig 1995) ou, par déplacement au sein du système, 'bon psychothérapeute/méchant système médical'. Dans la mesure où la grande complexité du système hospitalier encourage ces processus de dissociation chez toutes les personnes impliquées, il faut qu'un travail continu s'effectue avec elles tout au long du processus de traitement.

Nous présentons le cas d'un patient hospitalisé aux soins intensifs pour une blessure au niveau des vertèbres C3/C4; il ne pouvait pas parler à voix assez haute pour être entendu et, étant étranger, ne comprenait pas l'allemand. Nous montrons comment sa compa-

gne fut intégrée au plan de traitement, assumant la fonction d'interprète et se chargeant finalement d'une bonne partie des interventions. Or, ce rôle allait à l'encontre de son propre besoin de soutien, compte tenu de l'état de santé du patient et de ses conséquences pour leur vie commune. Elle commença donc à exiger mon attention, faisant concurrence au malade. De ce fait, mais aussi parce que ce dernier développait des réactions de type paranoïde qui provoquèrent des conflits importants avec l'équipe de soins, il devint nécessaire de faire intervenir un collègue parlant la langue du patient. Il s'agissait en outre de cerner plus clairement la psychopathologie de ce dernier. Les étapes de cette démarche sont décrites en détail.

Cet exemple montre également les limites posées à une intervention psychothérapeutique dans le contexte d'un service de consultation en milieu hospitalier. L'équipe du service comme moi-même étions – et demeurons – convaincus que mes interventions étaient utiles et que leurs visées étaient adéquates. Pourtant, nous "traitions" un patient qui n'était pas entièrement capable de donner son accord quant au traitement. Des limites extrêmement étroites étaient posées à sa liberté de décision. Ce problème ne se manifesta clairement qu'au moment où il s'agit de gérer les interactions destructives patient/service de soins. Pour ce faire, il fallait que le patient coopère et se rende compte de ses problèmes. D'autre part, l'équipe de soins voulait "traiter le patient" et n'était pas disposée à se percevoir en tant que contribuant au problème, ni à réfléchir à son rôle. Il s'avéra en outre que le malade manifestait une structure prémorbide de la personnalité – un problème dont le traitement est toujours difficile, même lorsque le

moment est plus indiqué qu'il ne l'était. Il n'avait jamais été question pour lui de suivre un traitement et sa compagne considérait son caractère de manière positive, l'interprétant comme une affirmation de sa masculinité. Tous ces facteurs devaient être pris en compte à chaque intervention, posant des limites très nettes.

Quel est donc le rôle du psychothérapeute dans ce genre de démarche? Une bonne partie de mes interventions auraient pu être menées par le personnel médical et soignant – après instruction. Les équipes travaillant dans ce type de service se sentent souvent complètement dépassées et sont heureuses de "céder des parties" des patients à d'autres. Je pense que ce besoin doit être satisfait. A mon avis, dans le cas précis comme dans d'autres le psychothérapeute assume une fonction de "médiateur" entre le personnel du service (médecins, infirmières, etc.) et le patient, son rôle étant de mieux faire comprendre la situation psychique des uns aux autres – à condition bien entendu que tous les participants aient donné leur accord. La situation de la compagne du patient illustre le fait que cette démarche n'est pas simple. Elle ne voulait absolument pas que je parle des conflits d'interaction avec l'équipe soignante. D'autre part, cette dernière n'avait rien dit à ce sujet, ni à moi, ni à la collègue qui s'occupait finalement du malade. Ce dernier n'en avait pas non plus parlé. Sa compagne pouvait donc se plaindre de ce que l'équipe n'était pas capable de lui rendre la santé, se soulageant ainsi de sa colère et de sa peur face à l'avenir; simultanément elle pouvait continuer de percevoir le patient comme un "homme fort", tout en évitant de participer directement au conflit.

1. Einleitung

Psychotherapeutische Interventionen im medizinischen Setting bedürfen oft eines anderen Vorgehens als solche, die im Kontext einer Privatpraxis erfolgen. Welche Abweichungen erfolgen und wie der Komplexität der Behandlungsvoraussetzungen Rechnung getragen werden kann, will ich an dem folgenden Beispiel ein wenig umreißen. Aufgrund der später beschriebenen vielfältigen Schwierigkeiten (extremer Körperstatus des Patienten, mangelnde Sprachkenntnisse, schwierige prämorbid Persönlichkeitsstruktur, organisches Psychosyndrom, begrenzte Kooperationswilligkeit der überweisenden Behandler) war das Behandlungssetting in einer Weise zu gestalten, daß es mit jenem der Arbeit in einer psychotherapeutischen Privatpraxis äußerlich wenig gemeinsam hatte. Seitens der medizinischen Überweiser ist ein häufiger Überweisungsgrund eine Verschlechterung der Symptomatik des Patienten, die zu den therapeutischen Bemühungen und Möglichkeiten disproportional erlebt werden, seltener die psychische Befindlichkeit der PatientInnen. Dabei wird eine mangelnde Reaktanz auf die therapeutischen Bemühungen häufig als als Symbol des Scheiterns der eigenen Bemühungen erlebt (Rodewig 1994, 1995). Sind Ange-

hörige und Institutionen in der freien Praxis „unsichtbare Dritte“, die verleugnet werden können, so werden sie im Setting Krankenhaus als bedeutungsvolle Mitbeteiligte des therapeutischen Prozesses ebenso prominent wie der Körperstatus und seine Behandlungserfordernisse. Der Erfolg der therapeutischen Bemühungen wird wesentlich davon bestimmt, ob es mit allen Beteiligten gelingt, einen klaren Konsens über den Arbeitsauftrag und seine Ziele herzustellen.

Eine weitere Variable des Erfolgs ist die Fähigkeit, Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen so zu handhaben, daß keine Spaltung kranker Körper – guter Mensch gefördert wird (Rodewig, 1995) oder deren Verschiebung innerhalb des Systems, die lautet guter Psychotherapeut – böses medizinisches System. Da im hochkomplexen System Krankenhaus alle Beteiligten für solche Spaltungsprozesse anfällig sind, bedeutet dies, im Behandlungsprozeß kontinuierlich mit allen Involvierten zu arbeiten.

2. Überweisungskontext

Eine Intensivmedizinische Klinik rief an und bat um ein Konsiliargespräch für einen Patienten, der eine Woche

zuvor verunfallt war. Herr S., 35 Jahre, lag nun bei vollem Bewußtsein auf der Intensivstation und konnte sich nicht bewegen. Beim Klettern war er aus 10 m Höhe abgestürzt. Dies hatte in einem hohen Querschnitt C3/C4 resultiert. Im Verlauf dieser Woche hatte er sich zunehmend zurückgezogen und verweigerte nunmehr jegliche Mithilfe. Auf die Bemühungen des Stationsteams reagierte er ausschließlich mit der Bemerkung, daß er zu sterben wünsche. Aufgrund des hohen Querschnitts und seines mangelnden Lebenswillens bedurfte er einer künstlichen Beatmung. Die Sorge der Station betraf die Rehabilitationschancen von Herrn S. „Mit dieser Einstellung wird er nie selbständig atmen können.“ Dies bedeutete in der Folge, daß er ein intensivmedizinischer Dauerpatient wird, weil sein sonstiger Körperstatus altersentsprechend sehr gut war. Zugleich erfuhr ich, daß Herr S. ein Slowene mit ganz geringen Deutschkenntnissen sei und erst seit einem Jahr in Österreich lebe.

3. Zur Gegenübertragung

Meine unmittelbare Reaktion auf diese Information, ohne den Patienten noch gesehen zu haben, war eine große Hilf- und Ratlosigkeit. Ich fühlte mich in der Beantwortung dieser Anfrage wie gelähmt. Wie sollte ich mit einem Patienten psychotherapeutisch arbeiten, der sich jeglicher Ansprechbarkeit entzieht und zu allem obendrein kein Deutsch versteht? Was bedeutete dieser Hilferuf der Station? Wer brauchte da eigentlich Hilfe, der Patient oder die Station? Erst nach langem Nachdenken und auch Überdenken gemeinsam mit KollegInnen¹ entschloß ich mich, mich der Realität auszusetzen und die Station und den Patienten aufzusuchen. Trotz meiner jahrelangen Arbeit im AKH war ich noch nie auf einer Intensivstation gewesen und schon gar nicht als Psychotherapeutin.

In meinen vorbereitenden Überlegungen, an denen sich das gesamte Klinikteam beteiligte, hatte ich mich von mir selbst und anderen mit der Frage konfrontiert gesehen, wie eigentlich ich oder andere auf ein solches Schicksal reagieren würden, wie angemessen oder unangemessen wir die Reaktionen des Patienten empfanden. Die Unerträglichkeit seines Zustandes wurde genauso deutlich wie der Auftrag an die Institution, diesen Menschen am Leben zu erhalten und ihm zu helfen, für sich kämpfen zu können. Es war klar, daß diese Spannungen und divergierenden Meinungen, die in unseren Teamgesprächen hervortraten, sich auch innerhalb des Stationsteams und folglich auch in der Interaktion mit dem Patienten abspielten. Dieses hatte jedoch den Auftrag gegeben, daß wir dem Patienten helfen sollten, nicht ihnen. D.h., die Station wollte mit ihren Spannungen nichts zu tun haben, sondern delegierte sie weiter. Nachdem ich mit diesem Team noch nie gearbeitet hatte, mußte der Arbeitsauftrag genauso akzeptiert werden.

¹ Ich möchte mich hier bei allen KollegInnen der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie bedanken, die mir wiederholt und lange zugehört haben und mir geholfen haben, kreative Lösungsansätze zu entwickeln und meine Gegenübertragungsreaktionen handzuhaben.

4. Stuserhebung

Ich ging also auf die Station und verletzte erstmal alle hygienischen Regeln, die an der Eintrittspforte von den Fremden gefordert werden. Niemand protestierte oder wies mich darauf hin. Der stationsführende Oberarzt begrüßte mich freudig als die Dame vom „Weißen Hof“, einer Rehabilitationseinrichtung für QuerschnittpatientInnen. Ich dachte mir: Die wollen den Patienten schnell los haben, es muß unerträglich sein. Ich ließ mich dem Patienten vorstellen und merkte, daß dieser vollkommen unansprechbar dahindämmerte. Weiters beobachtete ich, daß die Behandler auf ihn einschrien, um ihm eine Reaktion zu entlocken und mir seine Schwierigkeit zu beweisen. Daraufhin zuckte er kurz zusammen, sank aber ebenso schnell in seine Verweigerung zurück. Medizinisch beunruhigte die Station weiters, daß der Patient tagsüber Laborwerte aufwies, die auf eine schwere Infektion hinwiesen, nachts diese Werte jedoch nicht bestanden, vor allem wenn jene Krankenschwestern Dienst hatten, die ihn bei seiner Einlieferung versorgt hatten. Im übrigen waren keinerlei Anzeichen für einen infektiösen Prozeß zu finden.

Es wurde sehr schnell klar, daß der Patient völlig überfordert war. Seine Denkprozesse liefen weiter, jedoch war er aufgrund der Inturbierung unfähig, hörbar zu sprechen. Jede verbale Äußerung kostete ihn extreme Mühe, mußte von den Lippen abgelesen werden und war in Slowenisch. Wer sollte das verstehen? Zudem strömten durch die technischen Geräte der Intensivmedizin, damit verbundene Geräusche und Gerüche, sowie der entsprechenden Ausstattung der Umgebung eine völlig fremde, beängstigende Umwelt auf ihn ein, die unbekannt und schwer zuordenbar war.

Glücklicherweise wurde er regelmäßig von seiner Lebensgefährtin besucht, die sehr gut Deutsch sprach.

5. Behandlungsplan und Interventionen

Ich beschloß, mir die Lebensgefährtin als Kotherapeutin und Dolmetscherin zu organisieren. Damit wäre auch sie automatisch in den therapeutischen Prozeß eingebunden. Von ihr würde ich entscheidende Informationen erhalten, sie könnte meine Interventionen weitergeben. Damit würde sie gleichzeitig psychotherapeutisch „versorgt“. Das Konzept der Lebensgefährtin als Dolmetscherin erwies sich als unhaltbar. Sehr schnell wurde deutlich, daß für sie ihre momentane Bedürftigkeit, das Ertragen und Verstehen der momentanen Befindlichkeit ihres Partners und ihrer eigenen andrängenden Zukunftsängste weit im Vordergrund standen und mit jener des Patienten rasch zu konkurrieren begannen. Es erwies sich, daß sie nur fähig war, solche Inhalte zu übersetzen, die ihre eigene Angst milderten und die ihrem Bild vom Patienten entsprachen. Ihre Anspannung äußerte sich in einem Schwanken zwischen liebevoller Zuwendung und raschem Wechsel zu Ungeduld, wenn er nicht reagierte. Der durch die technischen Geräte verursachte Lärmpegel ließ die Lautstärke beim Sprechen schnell zu laut werden. Dennoch stand die erste Zeit der Patient im Vordergrund. Wir setzten uns neben ihn, und ich begann,

ihr sehr kognitiv, theoretisch und möglichst anschaulich zu erklären, was sich in ihrem Partner derzeit innerlich abspielen müsse. Ich bat sie, alles möglichst genau zu übersetzen, und legte mein Schwergewicht auf die affektive Ebene des innerpsychischen Geschehens. Ich teilte ihm mit, daß ich seinen Rückzug gut verstehen könne, da in seinem Kopf unzählige Gedanken und Fragen herumschwirren müßten, auf die er selbst keine Antwort wußte und da er nicht sprechen konnte, auch von den anderen keine Antworten bekam. Er müsse es unerhört überfordernd empfinden, daß alle Lebenszeichen und Lebenswillen von ihm haben wollten. Herr S. hörte sichtlich zunehmend aufmerksamer zu, seine Gesichtszüge entspannten sich. Ich schlug ihm vor, daß wir versuchen könnten zu überlegen, welche Fragen ihn innerlich beschäftigen und dann versuchen könnten, sie zu beantworten. Herr S. nickte zum Einverständnis. Er lächelte kurz. In den folgenden Begegnungen spielten diese Fragen die Hauptrolle. In diesen Fragen ging es keineswegs um besondere Ängste, sondern ganz schlicht darum, wo befinde ich mich, was tut wer mit mir, wieso reagiert mein Körper nicht, wenn ich ihm den Befehl gebe zu sprechen, die Hand, die Füße zu bewegen, usf. Was stellt es mit mir an, wenn solche Gedanken auftauchen und ich darauf keine Antwort finde und niemand weiß, wann diese Qual zu Ende geht.

Die Lebensgefährtin motivierte ich dahingehend, daß sie möglichst viel anwesend sein sollte (ohne auf ihre eigenen Lebensanforderungen völlig zu verzichten), wobei sie durch ihre bloße Anwesenheit Anteilnahme signalisieren sollte und so für Herrn S. klarer würde, daß es sich zu leben lohne. Ich war beeindruckt von der Kreativität, die sie zunehmend entfaltete, zuerst als sie ein kleines Stofftier kaufte und ihm einen Namen gab, das sie nächtens, wenn sie selbst nach Hause ging, auf seinen Kopfpolster setzte, und das nun an ihrer Stelle bei ihm sein würde. Sie begann, das intensivmedizinische Zimmer, das vollgestellt mit Geräten war, mit Fotos von zu Hause auszutapezieren. In dieser Inszenierung wurde auch sehr deutlich, was sie sich erwartete (nämlich, daß er wieder der hervorragende Sportler würde, der er gewesen war) und welche Schwierigkeiten sie bedrohten.

In einem Prozeß über etwas mehr als 10 Tage, wobei ich etwa alle 2 Tage ein Gespräch führte, wurde Herr S. zunehmend wacher und kommunikativer. Dies zog sich etwa über einen Zeitraum von einer Woche hin, in dem der Patient deutlich zugänglicher wurde, für längere Zeiträume die Augen offen behielt und Wünsche äußerte, die ihm seine Partnerin im wahrsten Sinne des Wortes von den Lippen ablas, worauf auch sie sich mühsam einstellen mußte. Gleichzeitig mußten das Stationsteam über alle Schritte, die auch sie betrafen, informiert werden und diese mit ihnen abgesprochen werden. Die allmählich sich bessernde Befindlichkeit von Herrn S. ließ auch die Stationsmitarbeiter aufblühen.

Ich begann, die Gespräche mit Frau S. in mein Klinikarbeitszimmer zu verlegen. Nun konnte allmählich, langsam und vorsichtig die Geschichte der beiden, ihre Lebensperspektiven vor dem Unfall und ihre Persönlichkeit erforscht werden und diese Kenntnisse in

die Interventionen einbezogen werden. Je mehr sich Herr S. Zustand besserte, desto bedürftiger wurde seine Partnerin. Sie gewann mehr Zeit zum Nachdenken, hatte die übrige Familie zu informieren und war besessen von der Idee, daß Herr S. wieder gehen lernen müsse. Sie besorgte sich Literatur und begann, rehabilitative Maßnahmen zu erkunden. Zusätzlich war sie tief beunruhigt von den Phantasien, die Herr S. zu äußern begann.

Er hatte ein „organisches“ Psychosyndrom entwickelt, das im Einklang mit seiner phallisch-narzißtischen Persönlichkeitsstruktur ausgeprägt paranoid ausfiel. Viele seiner Phantasien bezogen sich auf die Gefahr, die ihm von anderen Männern drohten, insbesondere auch jenen, die auf der Station arbeiteten und die er für seinen Zustand verantwortlich machte. Zwar gelang es, die akuten paranoid gefärbten Ideen zu reduzieren, dennoch trat im Verlauf von mehreren Wochen ein schwer erträglicher Konflikt insbesondere mit den Pflegern auf. Diese leisten mit solchen Patienten körperliche Schwerarbeit und sahen sich nun mit Beschimpfungen und Forderungen konfrontiert.

Daher setzten wir einen weiteren Schritt und organisierten mühevoll eine psychotherapeutische Kollegin², die mit Herrn S. slowenisch sprechen konnte. Das Ziel dieser Intervention war einmal, größere Klarheit über den psychopathologischen Status des Patienten zu erlangen, also ob es sich um eine medikamentös behandlungsbedürftige Psychose handelt oder um einen Prozeß, der durch Bearbeitung der Wut und Hilflosigkeit von Herrn S. und ihrer Verschiebung auf das Pflegepersonal reduzierbar ist. Zur zusätzlichen Abklärung baten wir auch um einen psychiatrischen Konsiliarbefund, der negativ ausfiel. Nach insgesamt 10 Wochen wurde Herr S. in die Rehabilitationseinrichtung für Querschnittpatienten verlegt, und unsere Interventionen endeten. Im Zeitraum von 8 Wochen hatte ich etwa 14 Gespräche mit Frau S., die anfangs bis zu 3mal wöchentlich stattfanden und dann allmählich auf 1mal wöchentlich reduziert wurden. Mit der Station hielt ich anfangs ebenfalls einen sehr engen Kontakt, d.h. Kooperationsgespräche vor und nach den Patientenkontakten, die vor allem zu Beginn und am Ende der Arbeit beträchtliche Zeit in Anspruch nahmen. Ein weiterer zusätzlicher Zeitfaktor waren die Kooperationsgespräche mit Frau Dr. H., als sie mit dem Patienten zu arbeiten begann.

6. Resümee

Dieses Fallbeispiel zeigt m.E. die Grenzen einer psychotherapeutischen Intervention im Konsiliardienst im Krankenhaus auf. Sowohl die Station als auch ich waren und sind überzeugt, daß meine Interventionen notwendig, sinnvoll und zielführend waren. Dennoch wurde hier ein Patient „behandelt“, der sein Einverständnis zur Behandlung nur sehr begrenzt gegeben hatte. Sein Entscheidungsspielraum war äußerst gering. Dieses

² Hierfür bedanke ich mich sehr bei Frau Dr. med. Regina Hofer, die ihre Zeit und Einsatzbereitschaft unentgeltlich zur Verfügung stellte.

Problem trat mit aller Deutlichkeit erst hervor, als es darum ging, die destruktiven Interaktionen mit der Station zu bearbeiten. Dazu bedarf es eines kooperativen Patienten, der Einsicht in seine Probleme zeigt. Ich meine, wir dürfen dieses Problem nicht allein auf die Sprachbarrieren zurückführen. Eine andere Facette ist, daß die Station einen „behandelten Patienten“ haben wollte und sich selbst in diesem Geschehen nicht als Teil des Problems begreifen und reflektieren wollte. Außerdem wurde klar, daß unser Patient eine nicht unproblematische prämorbid Persönlichkeitsstruktur aufwies, deren Behandlung auch bei ausreichender Motivation schwierig ist (dies war auch kein Interventionsziel). Sollte ein solches Unterfangen notwendig werden, wäre dies sicherlich der ungünstigste Zeitpunkt. An deren Behandlung war zuvor nie gedacht worden. Außerdem wurde seine Charakterstruktur von seiner Partnerin als Bestätigung seiner Männlichkeit erlebt und geschätzt. Alle diese Faktoren müssen bei jeder Intervention mitbedacht werden und setzen klare Grenzen. Sehr deutlich wird aber, daß die aktuelle traumatische Situation frühere Konflikte reaktualisiert hat, und in welchem Ausmaß die Abwehrmechanismen auf eine primitive Stufe regredieren.

Welche Rolle hat also ein Psychotherapeut in einem solchen Geschehen? Viele meiner Interventionen, die ich oben geschildert habe, hätten mit entsprechender Schulung auch vom medizinischen und pflegerischen Personal erfolgen können. Dieses fühlt sich an solchen Stationen völlig überfordert und ist froh, „Teile“ des Patienten an andere abgeben zu können. Ich denke, auch solchen Bedürfnissen muß entsprochen werden.

Aus meiner Warte, nicht nur dieses einen, sondern auch anderer Fälle, übernimmt man als Psychotherapeut eine „Mediatorenfunktion“, nämlich zwischen dem Stationspersonal (Ärzten, Schwestern etc.) und dem Patienten zu vermitteln, um dem einen die jeweilige psychische Situation des anderen besser verstehbar zu machen. Dies bedarf allerdings eines Einverständnisses, miteinander sprechen zu dürfen über den anderen. Daß dies nicht einfach ist, will ich noch an der Lebensgefährtin illustrieren. Sie wollte keinesfalls, daß ich mit dem Stationsteam über die Interaktionskonflikte sprechen sollte. Das Stationsteam hatte sich diesbezüglich mir bzw. der Kollegin, die schließlich mit ihm arbeitete, gegenüber genauso wenig geäußert wie Herr S. So konnte sie sich einerseits beschweren über die Station, die ihr ihren Partner nicht so gesund zurückgeben konnte, wie sie es sich wünschte, und dadurch ihrer Wut und ihren Zukunftsängsten Entlastung verschaffen, gleichzeitig ihren Partner weiterhin als „starken Mann“ phantasieren, sowie sich selbst scheinbar aus der direkten Beteiligung an diesem Konflikt heraushalten.

Literatur

- Rodewig K (1994) Prozeß und Gegenübertragung in der analytischen Psychotherapie einer Kebskranken. *Forum Psychoanal* 10: 147–161
 Rodewig K (1995) Körperliche Krankheit in Übertragung und Gegenübertragung. *Psyche* 49/6: 564–580

Korrespondenz: Univ.-Prof. Dr. Marianne Ringler, Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, Österreich.