

Christiane Schrader

Verletzlichkeit, Zwischenleiblichkeit und die leibliche Dimension in der psychodynamischen Psychotherapie im Alter und bei Demenzerkrankungen

Abstract

Es wird vorgeschlagen, einige psychoanalytische Konzepte auf den Kontext späterer Lebensphasen mit zunehmender Verletzlichkeit und die Betreuung schwerst dementiell Erkrankter anzuwenden, um das dynamische Potenzial auch schwerst dementer Menschen zu verdeutlichen. Daraus werden Folgerungen für die Konzeptualisierungen von Person/Personalität und Selbst abgeleitet. Für eine entsprechende, dynamische Konzeption der Person/Personalität, die Verluste aber auch dynamische Potenziale und Entwicklungsmöglichkeiten abbilden kann, wird auf den psychoanalytischen Selbstbegriff zurückgegriffen, der das Selbst nicht nur im Unbewussten, sondern auch im körperlichen verankert. Bei Konzepten zur Pflege und Betreuung schwerst demenzkranker Menschen, sowie bei Konzepten der psychodynamischen Psychotherapie von Demenzkranken wird herausgearbeitet, wie der zwischenleibliche Bezug und die Verwobenheit von sprachlichen, prä- und paraverbalen Austauschprozessen Veränderungen des Kontakts und der Beziehung ermöglichen. Von den Potentialen der Paarberatung/therapie in der frühen und mittleren Erkrankungsphase ausgehend werden an einem klinischen Beispiel die Grundzüge der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) verdeutlicht. Abschließend werden Anschlussmöglichkeiten der MBT an den leibphänomenologischen Diskurs aufgezeigt.

1. Vorbemerkung

Ziel der Arbeit ist es, die leibliche Dimension in der psychoanalytischen Theorie und Praxis und deren Umsetzung in der psychodynamischen Psychotherapie Demenzkranker aufzuzeigen. Angeregt haben mich eigene Erfahrungen aus Psychotherapien mit älteren und alten Menschen im Hinblick auf die Dynamik von Verletzlichkeit und Zwischenleiblichkeit (Schrader 2018, 2020a, 2020b), die mich auch in der Behandlung von Frau B. (75) beschäftigt hatten. Sie wurde mir wegen anderer Beschwerden überwiesen, aber im Verlauf der Behandlung zeigte sich, dass sie an einer leichten bis mittelschweren subcortikalen, vaskulären Demenz litt. Die Therapie fand zunächst im Einzelsetting einmal wöchentlich statt, das zum Paar-Setting mit Herrn B. (81) erweitert wurde. Das hat mich inspiriert, die Möglichkeiten der Paartherapie im Rahmen des psychotherapeutischen Spektrums für Demenzkranke zu erkunden und Besonderheiten der therapeutischen Haltung und Behandlungstechnik herauszuarbeiten, die dem Nachlassen kognitiver und selbstreflexiver Funktionen gerecht werden, indem sie affektive und zwischenleibliche Erfahrungsbereiche im Zusammenspiel mit prä-, parasprachlicher und sprachlicher Kommunikation ansprechen und stärken, und so die kognitiven Funktionen entlasten und begünstigen. Hierbei erwies sich auch die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als hilfreich, weil sie ebenso die Bindungssicherheit, die Affektregulierung und den Körper in den Blick nimmt.

2. Fördernde Umwelt und zwischenleibliche Bezogenheit als Antwort auf die Verletzlichkeit des Selbst

Von »fördernder Umwelt« spreche ich hier im Sinne von D.W. Winnicott (1979). »So etwas wie ein Baby gibt es nicht«, schreibt er, um deutlich zu machen, dass das Baby nicht ohne die Mutter/die Eltern existieren und gedacht werden kann (1960, 587). In paradigmatischer Weise entscheidend für die seelische Geburt des »wahren Selbst« des Babys ist für ihn, dass die Mutter der Geste des Säuglings zur Geltung verhilft, wobei mit Geste alle Äußerungen des Babys gemeint sind, die angesichts seiner Entwicklung im Körpermodus stattfinden (ebd.). Denn er sieht das Selbst zutiefst im Körperlichen begründet – im *body* – ohne Unterscheidung zwischen Körper und Leib. Dass und wie sehr

dies lebenslang so bleibt, wird auch im späteren Lebenslauf deutlich, sobald die Verletzlichkeit mit zunehmendem Alter die Oberhand gewinnt. Auch ansonsten selbstständige und autonome Menschen brauchen bei Erkrankungen und Verletzungen grundsätzlich aber mehr oder weniger unausweichlich im Alter eine sie »haltende« Fürsorge und Umwelt. Die »holding function«, ein weiterer Begriff von Winnicott, bezeichnet die Funktion der Mutter/der Eltern, das Baby nicht nur vor dem physischen Fallen, sondern auch vor der psychischen Desintegration zu bewahren und die Integration des Selbst zu ermöglichen (1979, 44f.). Im hiesigen Kontext meint dieser Begriff, dass nicht jedes Selbst oder das Selbst einschließlich seiner körperlichen Dimension nicht zu jeder Zeit in der Lage ist, sich aus eigenen Kräften zusammenzuhalten, sondern haltender Menschen und einer haltenden Umgebung bedarf. Meines Erachtens lassen sich diese Überlegungen und Konzepte auch zum Verständnis von Menschen verwenden, die (zum Teil schwer) an Demenz erkrankt sind.

Ein Beispiel:

Die 85-jährige Frau Maria wurde nach einem längeren Krankenhausaufenthalt anscheinend in der Endphase der Demenz in meiner früheren Abteilung aufgenommen. Sie war völlig teilnahmslos, ihre Augen blieben geschlossen oder starrten blicklos ins Leere. Sie reagierte weder auf Ansprache noch Berührung. Obwohl es fast aussichtslos schien, bemühte sich das ganze Team um sie, gab ihr Zuwendung, war geduldig, sprach immer wieder mit ihr und berührte sie einfühlsam. Wir probierten alles, was wir in Validation und basaler Stimulation gelernt hatten, um Frau Maria vielleicht doch wieder ins Leben zurückzulocken. Über lange Zeit schien unser Bemühen völlig aussichtslos, doch allmählich stellten sich erste kleine Erfolge ein. Nach einem halben Jahr schaute uns Frau Maria an, zeigte ihre Gefühle, lachte, weinte und freute sich über den Kontakt. Sie konnte sich aufsetzen und selbstständig essen. Offensichtlich hatte sie wieder Freude am Leben. (Kojer 2011, 37)

Dieses kurze Beispiel, das die in Graz lehrende Ärztin Marina Kojer in einem Interview gab, verdeutlicht, was eine gute Behandlung selbst schwerst demenzkranker Menschen ausmacht – und was sie bewirken kann. Die im Krankenhaus vermutlich sehr zurückgezogene oder regredierte Patientin schien nicht mehr am Leben und an zwischenmenschlichen Kontakten teilzunehmen. Aktive Zuwendung, emotionale Resonanz, Interesse, Stimulation, Kommunikation und Berührung halfen, die zwischenleibliche Intersubjektivität, Interak-

tion und Begegnung so zu gestalten, dass die Patientin allmählich mit eigenen Regungen und »Vitalitätsaffekten« (Stern 2011) antwortete, indem sie etwas von ihrer Art des Fühlens und ihre Bedürfnisse wieder spürte und zeigte. Sie wurde aktiv, gewann Selbstwirksamkeit zurück, suchte Blickkontakt, drückte Gefühle aus und freute sich offenbar über den zwischenleiblichen und zwischenmenschlichen Kontakt und Austausch. In wieder aufkeimender Handlungsfähigkeit richtete sie sich auf und begann wieder eigenständig zu essen. Die Patientin suchte ihr Leben und ihre Teilhabe offenbar wieder zu erlangen, was ihr lange nicht möglich gewesen war.

Dieses Beispiel zeigt, dass die bio-psycho-soziale Verfassung eines schwer an Demenz erkrankten und anscheinend im Endstadium der Erkrankung oder am Lebensende befindlichen Menschen kein statischer Zustand ist, der die Person in ihrem Mangel und ihrer Begrenzung festschreibt. Vielmehr ist das dynamische Potenzial des Menschen und des Selbst enorm. In der fördernden Umwelt der Abteilung von Kojer und dem ›holding‹ ihrer Mitarbeiter*innen gewann die Patientin, in einem langen aber zunehmend dynamischer werdenden Prozess, ihre fundamentale Lebendigkeit zurück, auch wenn diese nicht mehr selbstreflexiv eingeholt werden kann. Die Arbeit von Kojer und ihrem Team macht deutlich, dass das menschliche Individuum, auch das schwer erkrankte Individuum keine statische und in sich abgeschlossene Einheit darstellt, was in den Konzeptualisierungen von Person/Personalität und Selbst zu berücksichtigen bleibt.

3. Zum psychoanalytischen Selbstbegriff – und seiner körperlichen und zwischenleiblichen Dimension

Die Psychoanalyse hat keinen Begriff der ›Person‹ oder ›Personalität‹. Dem am nächsten kommt der des ›Selbst‹, der deshalb kurz erläutert werden soll. Je nach theoretischem Kontext und damit verbundenen Kriterien werden diese Begriffe im Kontext wissenschaftlicher Diskurse unterschiedlich definiert und ihre Grenzen immer wieder ausgelotet. So diskutieren Vertreter kognitivistisch orientierter Personenkonzepte die Auffassung, dass etwa Menschen mit schweren Hirnschädigungen und Demenzpatienten in fortgeschrittenen Stadien als post-personale Menschen anzusehen seien (z.B. McMahan 2003). Wird mit einer solchen Kategorie eine Grenzziehung erwogen zwischen dem mehr oder weniger Menschlichen? Welche Kriterien

werden hierfür aus wissenschaftlicher und ethischer Perspektive angeführt? Welche Folgen kann eine solche Grenzlinie qua Post-Personalisierung nach sich ziehen? Das oben angeführte Beispiel von Kojer ist nur eines unter vielen aus der Betreuung schwerst an Demenz erkrankter Menschen, das die bio-psycho-soziale Dynamik der Person in ihrer Abhängigkeit von einer fördernden Umwelt belegt und statische Kriterien ihres Status infrage stellt.

Zu den Grundannahmen der Psychoanalyse gehört ein bio-psycho-soziales und dynamisches Menschenbild, das über die Konstituierung des Selbst und des Individuums durch Bewusstheit, Kognition und bewusst-absichtsvolles Handeln hinausgeht. Die von Freud als narzisstische Kränkung bezeichnete Annullierung des cartesianischen Selbstverständnisses impliziert, dass unbewusste Anteile das Selbst ebenso konstituierend und wirksam sind – ein Befund, den die Neurowissenschaften bestätigt haben (z.B. Kandel 2008). Mit Freud wird das Unbewusste, sowohl in seiner der Verdrängungen konflikt-hafter Strebungen und der Abspaltung von Traumata dienenden Funktion als dynamisches Unbewusstes als auch in der grundlegenden Dimension von Es, Eros und Lebenstrieb als lebenslang vitaler und kreativer Teil der menschlichen Psyche und des Selbst angesehen. Freud verankerte nicht nur die Triebe im Körperlichen und sah ihre Manifestation in den Affekten, auch das Ich – ein Begriff, den er häufig äquivalent zum später geprägten Begriff des Selbst verwendete – »ist vor allem ein körperliches« (1923/1940, 253), postulierte er. Seither hat die psychoanalytische Entwicklungswissenschaft (Poscheschnik & Traxl 2016) herausgearbeitet, wie sich das Selbst einschließlich seiner körperlichen Dimension beginnend mit den frühen intersubjektiven und zwischenleiblichen Austauschprozessen entwickelt und lebenslang transformiert.

Grundsätzlich bilden Selbst, Körper und Bindungsperson/en lebenslang ein Gesamtsystem, dessen dynamische Binnenstruktur sich im Verlauf der Entwicklung verändert. Entwicklungs- wie Alternsprozesse machen offenkundige und subtile Modi dieses dynamischen Zusammenspiels deutlich. Nicht nur körperliche Entwicklungs- und Regulierungsprozesse sowie das Körpererleben werden – im Mutterleib beginnend – durch die frühen Bindungspersonen und deren emotionale ›Behandlung‹ geformt, die der zunehmenden Aneignung des Körpers im Lebenslauf vorausgeht. Vorsprachlich im impliziten Gedächtnis verinnerlichte Muster des körperlichen In-der-Welt- und In-Beziehung-Seins, der Selbst- und Affektregu-

lierung und der Erwartungen an das und des Zusammenseins mit Anderen (Stern 2007) beginnen hier – und werden lebenslang transformiert. Der Körper, den wir haben und der Leib, der wir sind, bleiben immer auch »unverfügbar« (Küchenhoff 2016, 121), sowohl in ihrer grundlegenden und existenzsichernden Vitalität wie in ihrer Verletzlichkeit, Vergänglichkeit und Endlichkeit. So werden somatisch-sensuell kodierte ›embodied memories‹ als unbewusst Sicherheit gebende Niederschläge von Erfahrung körperlich verinnerlicht, aber auch als nicht bewusste traumatische Erinnerungen, die in der intersubjektiven und zwischenleiblichen Interaktion unbewusst inszeniert und erlebbar werden. (Leuzinger-Bohleber 2013) Gerade im Alter können sie durch erneute oder drohende Verluste wichtiger Beziehungen, aber auch durch die zunehmende eigene Verletzlichkeit aktualisiert werden, sodass z.B. frühe Gewalterfahrungen in der Pflege im Alter zu Traumareaktivierungen führen können. Auch zeitgeschichtliche Einflüsse werden intersubjektiv vermittelt und zwischenleiblich in den Körper eingeschrieben – worauf Radebold (2005, 25) mit dem Konzept der »Körperbiographie« hinwies. Innere Spannungszustände, Affekte und seelische Konflikte werden immer auch körperlich erfahren oder ausgedrückt, und die Körperbetonung psychischer Störungen im Alter, z.B. bei Ängsten und Depressionen, ist bekannt (Heuft 2018). Umgekehrt erfordern auch körperliche Erkrankungen zwischenleibliche Behandlung und Unterstützung nicht nur bei der medizinischen Versorgung, sondern auch bei der psychischen Verarbeitung. Denn durch krankheits- oder altersbedingte körperliche Veränderungen und Verletzungen wird auch das Selbst erschüttert und zur Reorganisation gezwungen. Gerade in späten Lebensphasen wird deutlich, dass die tragende Funktion des Körpers, die im Alter in den Vordergrund tritt, lebenslang essenziell bleibt. In der Jugend und im Erwachsenenalter kann dies ausgeblendet oder gar verleugnet werden, solange der Körper als stillschweigender Begleiter und Erfüllungsgehilfe unseres Begehrens, unserer Leidenschaften, unseres Denkens und unserer Taten fungiert. Körperliche Veränderungen, Verletzlichkeit sowie Begrenzung, Endlichkeit und Tod drängen etwa ab der zweiten Lebenshälfte unausweichlich ins Erleben vor (Jaques 1965; Montero et al. 2013) und der Körper wird, so Heuft und Kollegen (2006, 44), zunehmend zum »somatoformen Organisator« der psychischen Entwicklung, die der Erhaltung des Selbst und der seelischen und körperlichen Funktionen dient.

Die umfangreiche psychoanalytische Literatur zum Selbstkonzept und zur Selbstentwicklung, die Säuglingsbeobachtung und die neurobiologische Forschung gehen heute von einem körperlich fundierten und intersubjektiv-zwischenleiblich transformierbaren Selbst aus, von einem Proto-Selbst (Stern 2007; Damasio 2010; Plassmann 2022), das in den frühen Entwicklungsphasen mit den Empfindungen der somatopsychischen Lebendigkeit, die sich in der Geste und der primären Objektsuche manifestiert, verbunden ist. Später werden deren innere Niederschläge und sukzessive Transformationen als fühlendes, inneres Hintergrund-Selbstgefühl erlebt, das ein Empfinden der Kontinuität und Lebendigkeit vermittelt. (Bohleber 2022) Zugleich entwickelt sich das Selbst als handelnder Protagonist, »der durch die Verbindung mit Objekten ein Repräsentanz-Kern-Selbst ausbildet und durch Prozesse der Repräsentation die Fähigkeit zur reflexiven Transzendenz« (ebd., 25) entwickelt. Damit werden beide Aspekte zu konstituierenden Merkmalen bzw. Prozessen des Selbst mit körperlicher Verankerung und zwischenleiblich grundlegender Aufrechterhaltung und Transformation.

Was Merleau-Ponty (1945/1966) mit dem Begriff der »Zwischenleiblichkeit« zu fassen gesucht hat, nämlich, dass wir immer schon mit unserem Körper in der Welt und in den zwischenmenschlichen Begegnungen präsent und verwoben sind, hatte in ähnlicher Weise Schilder (1935) im Sinn, als er das Körperbild als die im Psychischen ergänzende Funktion konzipierte, die wirksam wird, wenn wir innerhalb sozialer und zwischenleiblicher Erfahrungen interagieren und das Körper- und Selbsterleben so ständig transformiert werden. Seine Arbeiten fanden lange Zeit kaum Beachtung (Leuschner 2017), aber in den letzten Jahren hat der Körper und die zwischenleibliche Bezogenheit zunehmend an Bedeutung im psychoanalytischen Diskurs gewonnen (vgl. z.B. Scharff 2010; Leuzinger-Bohleber 2013; Küchenhoff 2016; Lemma 2018; Leikert 2019, 2022; Plassmann 2019, 2022; Schultz-Venrath 2021; Volz-Boers 2022).

Betrachtet man die Entwicklung der von Kojer geschilderten Patientin oder anderer Demenzkranker aus der Perspektive dieser Konzeption des Selbst, können wir davon ausgehen, dass es Kojers Team offenbar gelang, nicht nur das Proto-Selbst sondern auch teilhabende und selbstwirksame Selbstanteile im Rahmen der Pflege zumindest partiell wieder zurückzuholen, obwohl die selbstreflexive Aneignung und Transzendenz dieser Erfahrungen krankheitsbedingt verloren blieb.

4. Zur Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz

Dass Menschen mit fortgeschrittener Alzheimer-Demenz aufgrund ihrer spezifischen Einschränkungen auf sie zugeschnittene Formen des Verstehens, der Beziehungsangebote, der Kommunikation und Behandlung in einer sie auch räumlich und dinglich stabilisierenden und fördernden Umwelt benötigen, ist bekannt. Über die Arbeiten von Kojer und Schmidl (2016) hinaus liegen weitere interessante Ansätze vor. Das Konzept der Validation (Feil 1999) geht von dem Vorrang emotionaler Zustände und Erinnerungen gegenüber dem rationalen Denken bei Demenzkranken aus. Demnach wurde empfohlen, auf die Gefühle der Demenzkranken zu reagieren, ohne ihre Fehler oder Gedanken zu korrigieren. Es gilt, ihre Signale aufzunehmen und in Worte zu kleiden, um die Kranken in ihrer inneren Erlebniswelt zu begleiten (Hirsch 2011). In weiteren Konzepten wurden insgesamt Ressourcen im Bereich der Gefühle und Antriebe stärker betont. So stehen bei der »erlebnisorientierten Pflege« (van der Kooij 2007) positive Begegnungen und Kreativität im Vordergrund. Neben einer Reihe von Ratgebern für Angehörige und Pflegendе, die, wie z.B. Haberstroh und Kollegen (2016), Hilfestellung für die »Kommunikation bei Demenz« bieten, widmeten sich z.B. Bienstein und Fröhlich (2021) der basalen Stimulation in der Pflege, andere dem nonverbalen Dialog, wie z.B. Otterstett (2005). Den bis dato noch fehlenden empirischen Nachweis für die Wirksamkeit und Erlernbarkeit nonverbaler Dialoge in der Interaktion mit Demenzkranken und Palliativpatient*innen hat 2014 Steinmetz mit dem in ihrer Dissertation entwickelten und überprüften Trainingsprogramm »Kommunikation ohne Worte – KoW« (2016) vorgelegt. Körperorientierung, Mimikerkennung, die eigene Mimik und Gestik, Blick, Berührung und Stimme sowie die Abstimmung und Synchronisierung der eigenen Antworten in diesen Modalitäten sind dabei die Grundelemente der Aufnahme und Entwicklung des nonverbalen Dialogs. Stuhlmann (2018) verbindet in seinem Konzept Biografiearbeit mit dem Aufbau von sicheren Bindungen und der Bindungsregulation im Pflegealltag mit dementen Menschen. Auch hier spielt die prä- und paraverbale Verbindung durch alle körperlichen Sinne eine fundamentale Rolle. Dies gilt auch für die Ressourcen, die es zu erhalten gilt: Die 94-jährige, im Altenheim lebende, schwer demente und sehbehinderte Frau D. war kontaktfreudig und gesellig, liebte Musik, Singen, Tanzen. Sie war in einer Essgruppe am Tisch integriert, hatte aber zunehmende Probleme

mit der Benutzung des Bestecks, sodass die eigenständige Nahrungsaufnahme unzureichend war. Sie entwickelte die Tendenz, mit den Fingern zu essen und nachdem ihr die Mahlzeiten in dafür geeigneter Weise angeboten wurden, aß sie wieder mit Genuss gemeinsam mit den anderen Mitbewohner*innen. (Stuhlmann 2018, 97f.)

5. Zur psychodynamischen Psychotherapie mit Menschen mit Demenz

Psychoanalytiker*innen und psychodynamische Psychotherapeut*innen, insbesondere solche mit dem Arbeitsschwerpunkt der psychischen Entwicklung und Psychotherapie im Alter, haben sich auch mit der Psychotherapie von Menschen mit Demenz befasst. Auf einige hier relevante Aspekte soll daher eingegangen werden.

Hirsch (1994, 2011, 2017) betonte in seinem Überblick zum jeweils aktuellen Stand der Psychotherapie und ihrer verschiedenen Methoden für Menschen mit Demenz das notwendige ganzheitliche Verständnis des erkrankten Menschen und die Bedeutung psychosozialer Aspekte für die Entstehung und für den Verlauf der Erkrankung. Denn die individuelle Einzigartigkeit und Entwicklung der Persönlichkeit entscheide über das Erscheinungsbild der Erkrankung. Die Arbeit von Psychotherapeut*innen mit dementen Menschen muss selbstverständlich deren Bedarf, Verfassung und das Stadium der Demenz berücksichtigen und wird insbesondere für die frühen und mittleren Phasen der Erkrankung empfohlen. Im Vordergrund stehe dabei »weniger die Beeinflussung der kognitiven Störungen (diese können sich aber sekundär bessern) als die Behandlung von affektiven Störungen.« (Ebd. 2011, 141)

Die formalen Aspekte, die bei der Therapie beachten werden müssen, sind: Verständlichkeit und Vereinfachungen, Wiederholungen, Strukturierung des Geschehens im Behandlungsprozess, Problem- und Alltagsorientierung, einfache plastische Therapiemethoden, ggf. einfache Hausaufgaben, behutsame Konfrontation mit Leistungsgrenzen und Hilfeannahme (Hirsch 2011, 143). Ich würde unbedingt die Verständigung mit wichtigen Personen, wie Ehe- und Lebenspartner*innen, Kindern und anderen Angehörigen hinzufügen, auf die die Erkrankten zunehmend angewiesen sind. Bei der Behandlung von Menschen mit Demenz sei es bereits ein Erfolg, so Hirsch (2011, 137f.), »wenn das Krankheitsbild einige Zeit stabil

bleibt«, die Selbstsicherheit, die Selbstständigkeit, die Identität der kranken Menschen so lange wie möglich aufrecht erhalten bleibe und ihnen – und ihren Angehörigen – bei der Bewältigung ihrer sich völlig verändernden Lebenssituation dennoch ein hohes Maß an Wohlbefinden und Lebensqualität ermöglicht werden kann. Bei fortschreitender Erkrankung sei die ständige Modifikation des Behandlungsansatzes und -verfahrens notwendig und nach Yalom (2002, 144) müsse »für jeden Patienten eine neue Therapie kreiert werden.«

In diesem Sinn wird mit psychotherapeutischen Methoden versucht, die Selbstsicherheit und das Selbst zu stützen, denn deren Erschütterung durch die krankheitsbedingten Verluste und Kränkungen ist enorm und schmerzlich. Protest gegen die Erkrankung und Abwehr können zur Kompensation beitragen aber ebenso Trauerprozesse und die Fokussierung auf verbleibende Wünsche, Möglichkeiten, kreative Lösungen und Humor. Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Deaktivierung und sozialem Rückzug kann entgegengewirkt werden, oftmals unterstützt durch Tagesstrukturen, Aktivitäten und Beziehungsangebote in der Familie, im Freundeskreis oder in geeigneten Einrichtungen. Da die Demenzerkrankung die (Ehe-)Partner*innen in der Regel am meisten betrifft, weil sie etappenweise den geliebten Menschen in seinen krankheitsbedingten Veränderungen verlieren und immer mehr zu pflegenden Angehörigen werden, wird häufig empfohlen, (Ehe-)Partner*innen mit einzubeziehen. Wächtler (2017) z.B. gibt hierfür verschiedene Anregungen je nach Schwere und Stadium der Erkrankung, der Persönlichkeit und der Beziehung zu den Angehörigen. U.a. schlägt auch er vor, möglichst frühzeitig einen Teil der 50-minütigen Sitzung mit der Patientin allein zu sprechen und die zweite Hälfte gemeinsam mit dem Ehemann, weil die Patientin nicht nur unter ihren demenzbedingten Verlusten und Einschränkungen litt, sondern auch unter der Kritik des Ehemannes. Wächtler war erstaunt, wie rasch es dem Ehemann gelang, seine enttäuscht-aggressive Haltung aufzugeben und sich um seine Frau zu sorgen, nachdem er verstanden hatte, dass sie es krankheitsbedingt nicht besser konnte. Dass ihm auf diese Weise geholfen wurde, half wiederum auch ihr:

Beide stellten eine Dyade dar und ohne auch seine Sorgen und Grenzen – z.B. in der Fähigkeit zur Empathie und zum Verstehen ihrer Erkrankung – zu beachten und zu thematisieren, wäre ein Scheitern wahrscheinlich gewesen [...]. Sie reagierte mit deutlicher Entlastung, Abnahme der depressiven Symptome, mehr Zuversicht und – trotz

der Diagnose – besserer Verfügbarkeit über ihre kognitiven Reserven. (Ebd., 422f.)

Als Gerontologin und Psychoanalytikerin merkte Junkers kritisch an:

Jeder Praktiker weiß und jeder Theoretiker vernachlässigt, dass der körperliche Kontakt die früheste Ebene des zwischenmenschlichen Kontakts darstellt. Jede Pflegeverrichtung eröffnet insofern gleichzeitig die Möglichkeit eines affektiven Kontakts. Die körperliche Fürsorge, die in der als veraltet entwerteten Betreuungsarbeit einen so vorrangigen Raum einnahm, können wir aus psychoanalytischem Blickwinkel zu einer wichtigen Ich-Stützung aufwerten. (Junkers 1994, 103)

Aus ihrer Balint-Gruppenarbeit in Alten- und Pflegeheimen berichtet sie, wie sich unbewusste und mit der Lebensgeschichte verbundene Sinnzusammenhänge auch bei schwer dementen Menschen jenseits selbstreflexiver Fähigkeiten durch Einfühlung, Zwischenleiblichkeit und Intersubjektivität vermitteln. Balint-Gruppenarbeit helfe den Betreuer*innen, »die Realität von chronischer Krankheit, Sterben und Tod, Macht- und Hilflosigkeit besser verarbeiten und somit ertragen zu können.« (Ebd., 104)

Ein Beispiel: In der Balintgruppe wird eine Bewohnerin vorgestellt, die nachts das Personal wachhielt, weil sie, trotz großer Kälte, das Licht brennen lassen und das Fenster öffnen wollte, was stets zu Konflikten führte. Dazu habe sie immer wieder gesagt: »Das Kind braucht Licht und frische Luft.« Durch die Mitteilung aller Wahrnehmungen (auch körperlicher), Gefühle und Einfälle in der Gruppe konnte erarbeitet werden, dass die Bewohnerin sich vermutlich in dieser Form an die Situation nach der Geburt ihres unehelichen Sohnes erinnerte, der als junger Mann verunglückt war. Was diese unbewusst inszenierte Erinnerung seitens der Bewohnerin in der Gegenwart angestoßen haben könnte und ob und wie diese Zusammenhänge mit ihr kommuniziert wurden, bleibt in der Schilderung offen. Wir erfahren nur, dass das kritische Verhalten der Bewohnerin nicht mehr auftrat. Es ist aber anzunehmen, dass die Balint-Gruppenarbeit zunächst zu einer Regulierung der aversiven Affekte bei den Mitarbeiter*innen führte, weil das unverständliche Verhalten der Bewohnerin in den Kontext eines lebensgeschichtlichen Erfahrungs- und Sinnzusammenhangs gestellt werden konnte, so dass sie der Bewohnerin wieder offen aber in innerer Verbindung mit der für diese bedeutungsvollen Thematik begegnen und auf sie eingehen konnten.

Man könnte im Sinne von Stern (2005) das Verhalten und Sprechen der Bewohnerin auch als »Gegenwartsmoment« begreifen. Dieser ist

eine Geschichte besonderer Art, weil sie gelebt wird, während sie geschieht [...]. Sie muss nicht in Sprache gekleidet werden, auch wenn dies mit einigen Schwierigkeiten möglich wäre. Sie besteht vorwiegend aus Gefühlen, die sich entfalten, und bildet damit eine Art nicht erzählter emotionaler Narration [...]. Eine erzählte Geschichte [...] erhalten wir, wenn wir einem anderen Menschen die gelebte Geschichte schildern. (Ebd., 71.)

Aber auch als gelebte Geschichte kann der Gegenwartsmoment mit anderen geteilt werden. Wenn dies geschieht, »erwacht Intersubjektivität zum Leben. In dem Moment, in dem jemand an der gelebten Geschichte eines anderen Menschen teilhaben kann oder sie beide eine gemeinsam erlebte Geschichte produzieren, verändert sich ihr Kontakt.« (Ebd., 74) Dass hier die zwischenleibliche Begegnung mitgedacht ist, machen Sterns Beispiele deutlich. Die Altenheimbewohnerin war in diesen nächtlichen Gegenwartsmomenten vermutlich im Hier und Jetzt einer gelebten und vermutlich partiell verkörperten Geschichte, die sich erst verändern konnte, als sie im Team durch die Gruppenarbeit geteilt, und um die erzählte Geschichte biografisch fundierter Sinndimensionen ergänzt werden konnte. Dieses Beispiel verdeutlicht, wie das gemeinsame Erleben und Teilen von emotional bedeutsamen Szenen und Geschichten den Kontakt verändern und bei der Affektregulierung helfen kann. Das Verständnis unbewusster Sinnzusammenhänge einschließlich der affektiven Stimmung oder auch mehr oder weniger bewusster biografischer Zusammenhänge führt hierbei nicht unbedingt zu Deutungen, die auf ein besseres Verständnis des eigenen Erlebens und Verhaltens der Bewohnerin abzielen, das diese – wie in der Psychotherapie – dann selbst reflektieren kann. Dieses Nachdenken bleibt dem Team überlassen, dem das erarbeitete Sinnverständnis helfen kann, etwas von der inneren Welt und der Gefühlsverfassung der Bewohnerin besser zu begreifen, sich einzufühlen und einzustimmen, sodass die Kontakte zwischen Bewohnerin und Pflegenden sich wieder verbessern und Gegenwartsmomente in von beiden gefühlten und geteilten Begegnung möglich werden.

Speziellen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen samt ihrer zwischenleiblichen Dimension wendet sich Lindner (2017) anhand einer ambulant aufsuchenden tiefenpsychologisch fundierten Kurzpsychotherapie mit einer dementen Patientin zu. Er betont die

Notwendigkeit der emotionalen und körperlichen Präsenz und Aufmerksamkeit sowie von Aktivität und Engagement auf Seiten der Therapeut*innen und plädiert für »Offenheit und sensible Unterstützung von Patient*in und Familie« (ebd., 340). Gemeinsames einführendes Nachdenken über Zusammenhänge zwischen der Lebensgeschichte, dem aktuellen Erleben, der Beziehung zu Angehörigen und zu sich selbst fördere die Mentalisierungsfähigkeit. (Ebd.) In der Gegenübertragung häufig zu bemerkende Gefühle der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit, der Schuld, des Versagens sowie Wünsche, sich zurückzuziehen, Müdigkeit, ein Gefühl der Zeitlosigkeit oder Sinnentleerung werfen jeweils die Frage auf, inwieweit es sich hierbei um die eigenen Reaktionen des*der Therapeut*in handele oder aber um projektiv identifikatorisch kommunizierte Empfindungen, Gefühle und innere, auch körperliche Zustände der Patient*innen.

Dehm-Gauwerky (2017) berichtet aus ihrer Arbeit als Musiktherapeutin mit schwerst dementen Pflegeheimbewohner*innen, wie sie in den Reaktionen der Betroffenen auf Töne, Klänge, Gesang, Instrumente und Musik, die sie behutsam anbietet, aktuelle Stimmungen und individuelle Eigenarten erspürt. Viele entspannten sich spürbar und wurden zunehmend freudig im spielerischen Umgang, schwangen sich auf gemeinsame Rhythmen ein oder ließen es zu, dass die Therapeutin dies tut. Anderen falle es sehr viel schwerer, Vertrauen zu fassen und eine Begegnung zuzulassen, wie z.B. Frau K., die sich angesichts solcher Angebote eher passiv bis ablehnend verhielt. Als die Bewohnerin wiederum »ganz zusammengesunken« und zurückgezogen wirkend in ihrem Rollstuhl saß, setzte sich die Therapeutin zu ihr auf den Platz, den der verstorbene Partner von Frau K. früher innehatte. (Ebd., 321) Frau K. begann zu sprechen, ohne dass die Therapeutin etwas verstehen konnte. Intuitiv wollte diese allerdings das Sprechen von Frau K. »nicht einfach ins Leere laufen lassen«, sodass sie ihrerseits »in einem fremdartigen, unverständlichen Wortgemisch« zu sprechen begann, das sie an Lautgedichte von Jandl erinnerte und früheste Mutter-Kind-Dialoge. (Ebd., 322) »Frau K. blickte auf und schaute mich lächelnd an. ›Ja!‹ war ihre deutliche Reaktion.« (Ebd.) In diesem Zusammenspiel entwickelte sich, so die Autorin, eine »präsentativ-symbolische« Bedeutungsdimension. Nach Langer (1942/1987) und Lorenzer (1988) wird damit eine »Bedeutungsgebung in der Interaktion auf einer sinnlichen Ebene« bezeichnet, die als stimmig erlebt wird (Dehm-Gauwerky 2017, 321). Auch dies könnten wir als ›Gegenwartsmoment‹ verstehen.

Lindner (2017) betont ebenfalls das affektive und zwischenleibliche sowohl repräsentativ-symbolische als auch präsentativ-symbolische Potenzial des Sprechens mit dementen Patient*innen, wie es z.B. auch in der Eltern-Kind-Therapie geschieht. Es könne »eine Erfahrung des existenziellen Gemeint-Seins« vermitteln, die über den Inhalt der Deutung hinausgeht, auch wenn die Patient*innen den Wortsinn nicht vollständig verstehen. (Ebd., 331) Auch er scheint demnach auf ›Gegenwartsmomente‹ abzielen und impliziert, dass die zwischenleibliche, prä- und paraverbale Kommunikation, die Regulierung von Affekten und des Selbst und die spielerische und kreative Gestaltung von Antworten in Begegnungen mit dementen Menschen im Krankheitsverlauf eine zunehmend vorrangige Rolle spielen.

Lindner versteht das Vergessen seiner Patient*innen als Ver-lusterleben, das in einem psychodynamischen Zusammenhang mit Verlusten in ihrer Kindheit und Jugend gerät. Die frühen Verluste sind dabei für die Krankheit nicht ursächlich, beeinflussten aber die psychische Verarbeitung und interpersonelle Inszenierung des dementiellen Prozesses. Daher rückten Ver-lusterlebnisse, zentrale Lebensthemen und Beziehungskonfliktmuster umso deutlicher in den Vordergrund. (Ebd.) Eine ähnliche Dynamik fand ich bei meiner Patientin, von der ich unten berichten möchte.. Neben meiner psychoanalytischen Orientierung einschließlich der an zwischenleiblich vermittelten Szenen und Handlungsdialogen, griff ich auf Elemente der MBT (Bateman & Fonagy 1999) zurück, die ich in meiner klinischen Arbeit insgesamt und besonders auch mit älteren und alten Menschen hilfreich fand (Schrader 2017). Ich möchte die Grundzüge der MBT deshalb kurz erläutern.

6. Bindungssicherheit, Affektregulierung und Mentalisieren in der Mentalisierungs-basierten Therapie

Beim Mentalisieren fragen wir uns nach inneren Zuständen und Intentionen, also danach, warum der andere fühlt, handelt, denkt, wie er*sie es tut. In vergleichbarer Weise nehmen wir uns selbst wahr, um zu spüren und reflektieren zu können, was wir selbst und andere in zwischenmenschlichen Begegnungen erleben. Zwar wird Mentalisieren im Verlauf der Entwicklung mehr oder weniger erworben, aber es ist auch ein dynamischer Prozess, der durch prämentalistische Modi ergänzt werden muss. Diese treten in der normalen Persönlichkeits-

entwicklung auf, bevor das Mentalisieren ausgebildet wird. Im Erwachsenenalter erfolgt insbesondere bei unsicheren Bindungssituationen und einer bedrohten oder beeinträchtigten Selbstkohärenz ein Rückgriff auf prämentalistische Modi: Im *teleologischen Modus* wird die Abhängigkeit von der äußeren Welt überbetont. Seelische Befindlichkeiten werden ausschließlich auf äußere Einflüsse zurückgeführt und nur real befriedigende Handlungen oder körperliche Eingriffe erscheinen in der Lage, die eigene Befindlichkeit und das Erleben zu verändern. Die Umwelt muss ›richtig‹ reagieren, damit innere Spannungszustände gemindert werden. Beim *Äquivalenzmodus* ist dagegen die innere Welt überbetont und wird mit der äußeren Realität gleichgesetzt. Alternative Perspektiven oder Veränderungsmöglichkeiten erscheinen unvorstellbar oder werden abgelehnt. Im *Als-ob-Modus* gibt es keine Durchlässigkeit zwischen Innen und Außen, sie erscheinen ebenso entkoppelt wie Körper und Seele. Klinisch kann sich dieser Modus z.B. in dissoziativen Phänomenen äußern oder aber auch in therapeutischen Gesprächen, die folgenlos bleiben, weil der*die Patient*in innerlich zurückgezogen oder ganz in seiner*ihrer Welt bleibt (Euler & Walter 2018, 49 f.). Schultz-Venrath hat den *Körpermodus* hinzugefügt: »Prä- und postnatal bis zum etwa neunten Monat kann der Säugling Körper und Psyche nicht getrennt erleben. Er ist primär mit seinen *Körper- und Hautempfindungen* beschäftigt.« (2021, 197) Eine ähnliche Konzentration auf den Körper ist z.B. bei Patient*innen mit somatoformen Störungen oder auch Persönlichkeitsstörungen zu beobachten, deren Differenzierung zwischen Körper und Psyche prekär ist. »Der Körpermodus (*body mode*) ist Teil der nonverbalen, primär unbewussten Interaktion, die nach Haltung, Gestik, Berührungsverhalten, Mimik, Blickverhalten, Stimme und Sprachmelodie differenziert wird und sich häufig in Selbstberührungen und automatisch äußert.« (Ebd., 199) Die Wahrnehmung dieser Modi, die sich auch überschneiden und gemeinsam auftreten können, gibt wichtige Hinweise auf die innere Verfassung der Patient*innen und die Möglichkeiten, den therapeutischen Dialog zu verstehen und zu gestalten.

Die MBT wurde ursprünglich als psychodynamischer, interpersoneller Ansatz im Rahmen der Behandlung von Patient*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Einzel- und Gruppentherapie entwickelt. Inzwischen ist die MBT auch bei Patient*innen mit psychosomatischen und somatoformen Störungen, Angststörungen,

depressiven und traumatisch bedingten Störungen erprobt, die sich vorrangig auch bei Älteren finden (Peters & Lindner 2019).

Die drei Komponenten der MBT sind: Bindungssicherheit – Affektregulation – Mentalisieren. Sie bilden eine Art Dreieck, innerhalb dessen sich das therapeutische Einfühlen, Denken und Intervenieren bewegen. Ziel ist die bessere Integration und Stabilisierung dieser drei Bereiche innerhalb des Selbst der Patient*innen. In der MBT ist die Orientierung am ›Hier und Jetzt‹ der therapeutischen Beziehung und am therapeutischen Prozess vorrangig, also daran, was die Patient*innen verarbeiten können (vgl. Plassmann 2016). Ihre besondere Stärke liegt in der Feinabstimmung der Interventionen in der therapeutischen Beziehung. Daher erscheint die MBT auch brauchbar für Patient*innen mit kognitiven Einschränkungen und beginnenden bis mittelschweren Demenzen. Denn das Dreieck von Bindungssicherheit, Affektregulierung und Mentalisieren, in dem sich die MBT bewegt, ist auch dann hilfreich, wenn die Mentalisierung prekär wird, wie in der Demenz, denn Bindungssicherheit und Affektregulierung können die vorhandenen Potenziale des Mentalisierens stabilisieren.

In der MBT geht die*der Therapeut*in von ihrer natürlichen Haltung des ›Nicht-Wissens‹ aus, denn innere Zustände sind zunächst für uns selbst wie für andere unklar und undurchsichtig. Dies und ebenso ihren*seinen Wunsch, mehr verstehen zu wollen, zeigt sie*er, indem sie*er eine aktive, offene, interessierte und ermutigende Grundhaltung einnimmt. Sie*er regt den Patienten*die Patientin an, sein Erleben, Denken und Fühlen zu erkunden und zu benennen.

- Ein zu hohes Tempo wird reduziert und der*die Therapeut*in geht gezielt an diejenigen Stellen, an denen die Mentalisierung gestört, unterbrochen oder ganz zusammengebrochen ist, um gemeinsam mit dem Patienten dessen Erleben zu klären und sich rückzuversichern, dass er das verstanden hat, was die*der Patient*in spürt und meint. Dies gilt besonders auch für verwirrende und überfordernde (Beziehungs-)Situationen.
- Die*der Therapeut*in sollte die Gefühle des Patienten nicht ihrerseits benennen, sondern ihn*sie anregen, diese selbst zu untersuchen. Das Verständnis von Zusammenhängen oder Brüchen im aktuellen Erlebniszusammenhang kann durch Fragen vertieft werden. So lassen sich unklare Erlebniszusammenhänge/Affekte, Bindungsunsicherheiten und daraus resultierende Konflikte und Missverständnisse klären, was eine sichere

- Bindung nicht nur wiederherstellt, sondern stärkt. Auch die Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion des*der Patient*in und sein Erleben wie das der anderen in der Beziehung werden so gestärkt. Das Durcharbeiten von Fehlabbildungen ist ein wesentlicher Aspekt der Entwicklung einer sicheren Bindung. Die Wiederherstellung von Bindung durch den zwischenleiblichen Austausch affektiver Signale im Gegenübersitzen mit Blickkontakt scheint die Entwicklung der Affektwahrnehmung und -repräsentation und der Reflexionsfunktion vom Säugling bis zum Erwachsenen nachhaltig zu verbessern – auch im Alter.
- Der*die Therapeut*in teilt eigene Gefühle und Gedanken über sein*ihr Erleben der Interaktion und Beziehung mit, um die Untersuchung gemeinsamer Erfahrungen anzuregen.
 - Die*der Therapeut*in versucht die affektive Spannung in der Stunde so zu regulieren, dass sie in einem mittleren Bereich bleibt (vgl. Euler & Schultz-Venrath 2014). Dominante Affekte werden von ihr*ihm fokussiert, insbesondere auch diejenigen, die in der therapeutischen Beziehung spürbar werden. Die Affekte, insbesondere auch negative, werden zusammen mit dem*der Patient*in nachvollzogen samt ihrer Verbindung mit interpersonellen Erfahrungen.

Die Untersuchung des aktuellen Beziehungserlebens in der therapeutischen Dyade ist vorrangig, unterscheidet sich aber vom klassischen psychoanalytischen Umgang mit der Übertragung dadurch, dass diese nicht gedeutet wird, sondern schrittweise ein Verständnis der aktuellen Beziehungssituation im Dialog entwickelt werden soll. Dabei kann der*die MBT-Therapeut*in verschiedene Interventionen nutzen (vgl. ebd., 42), zum Beispiel Validierung und Erkundung des subjektiven Erlebens der Patientin; Untersuchung des subjektiven Erlebens einschließlich der Gegenübertragung und des Mit-Agierens seitens des*der Therapeut*in, das zu Missverständnissen oder Verzerrungen beigetragen haben könnte; Entwicklung alternativer Perspektiven mitsamt der Reaktion des*der Patient*in auf diese.

- Daher ist der »Fokus auf dem gemeinsamen Mentalisieren das Spezifikum und Innovative an der MBT [...]. Die Interventionen sind auf die (Wieder-)Herstellung oder Verbesserung des Mentalisierens ausgerichtet.« (Ebd., 41)

Eine detailliertere Darstellung einzelner Interventionen und klinischer Beispiele findet sich z.B. bei Euler und Walter (2018) sowie in

der von Schultz-Venrath herausgegebenen Buchreihe, die auch den Band zum »Mentalisieren des Körpers« umfasst (2021).

In der im Folgenden zusammenfassend geschilderten Therapie verwendete ich Elemente aus der MBT, die mir hilfreich und brauchbar erschienen – was ich an beispielhaften Ausschnitten verdeutlichen möchte.

7. Fallbericht: Frau B.

7.1 Aus den Vorgesprächen

Frau B. (75) wurde mir wegen Depressionen, Ängsten und funktionellen Oberbauchbeschwerden überwiesen. Im Verlauf der Behandlung zeigte sich, dass sie an einer leichten bis mittelschweren subcortikalen vaskulären Demenz litt. Die Therapie fand zunächst im Einzelsetting einmal wöchentlich statt, das zum Paar-Setting mit ihrem Mann (81) erweitert wurde und sechs Vorgespräche und 25 Stunden tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasste.

Frau B. hatte sich mit dem dringenden Wunsch nach einem Gesprächstermin und Therapieplatz an mich gewandt. Zum Erstgespräch kam eine attraktive, schlanke Frau in gepflegt-sportlicher Kleidung mit lebendiger Mimik und Ausstrahlung. Sie berichtete, dass sie im Frühjahr des vergangenen Jahres morgens nicht mehr aufstehen wollte und konnte, nicht mehr gewusst habe, wofür sie lebe, alles sei ihr sinnlos vorgekommen, sie habe sich traurig und leer gefühlt, sich zurückgezogen und sich manchmal gefragt, wofür sie noch lebe. Sie habe immer wieder Übelkeit im Bauch- und Oberbauchbereich, es kribble in den Beinen, sie bekomme dann keine Luft mehr, aber man finde nichts. Der Neurologe, den sie auf Anraten ihrer Tochter und zusammen mit dieser aufsuchte, habe eine Depression festgestellt und eine stationäre Therapie empfohlen. Um die psychosomatische Klinik, in der sie mehrere Wochen war, habe sich auch ihre Tochter gekümmert. Anfangs freundlich und zugewandt, wirkte Frau B. zunehmend angespannt, irritiert und ängstlich auf mich. Um Haltung bemüht vermittelte sie mir das Gefühl, als suche sie Halt bei mir, wie sie das wohl auch bei der Tochter getan hatte. Ihre körperliche Spannung und zu- und abnehmende Erregung übertrugen sich rasch auf mich. Ich spürte ihre Angst und fühlte mich veranlasst, sie zu beruhigen und ihr Halt, Orientierung und Struktur anzubieten. Wenn

ich dies tat, z.B. mein Verständnis für ihre Lage zum Ausdruck brachte oder hilfreiche Fragen stellte, beruhigte sie sich wieder.

Ich erfuhr weiter, dass ihr in der Klinik eine anschließende ambulante Psychotherapie empfohlen worden war, der Aufenthalt ihr »gutgetan«, die Beschwerden sich aber weniger verändert hätten, als sie erhofft hatte. Die körperlichen Beschwerden bestünden weiter, sie bekomme ihre Arbeit im Haushalt nicht so hin wie früher, habe dann ein schlechtes Gewissen. An »guten Tagen« gehe sie raus und genieße z.B. auch das Zusammensein mit Bekannten in einem Kreis der Kirchengemeinde. Mit ihrem Mann habe sie früher oft Streitigkeiten gehabt, ihr Verhältnis sei kompliziert gewesen, das sei jetzt besser. Ich konnte körperlich spüren, dass das Gespräch Frau B. anstrenge, auch wenn sie sich bemühte, sich nichts anmerken zu lassen. Schließlich legte sie ihre Hand auf die Magengegend, begann, schwerer und kürzer zu atmen, beklagte, wie das Kribbeln die Beine hochziehe und ebenso die bekannte Übelkeit und zunehmendes Würgen im Hals, wobei sie nach Luft rang und ihre Kleidung lockerte. Ich spürte ihre Panik und indem ich mit ihr atmete und sie im Atemrhythmus langsam sprechend ermutigte, ihrerseits mit mir zu atmen, konnte sie sich langsam wieder beruhigen. Meine Frage nach ihrer für mich spürbaren Panik lenkte sie aber ganz auf die körperlichen Symptome.

Die erste Begegnung zweier bis dahin fremder Menschen in einem psychotherapeutischen Erstgespräch ist grundsätzlich mit ambivalenten Gefühlen und auch mit Angst verbunden, mit dem Wunsch und der Hoffnung auf Hilfe aber auch mit der Furcht davor, wie der andere einem begegnen wird. Angst entsteht aber auch aus der Befürchtung, der Situation insgesamt nicht gewachsen zu sein oder gar die Kontrolle zu verlieren. Frau B.s Angst war mir sowohl atmosphärisch und zwischenleiblich rasch spürbar, wie ich auch in meiner Gegenübertragung bemerkte, dass sie bei mir Halt und Orientierung suchte und mir die Regulierung ihrer Affekte übertrug. Indem ich auf das gemeinsame Atmen zurückgriff, gestaltete sich auch diese Affektregulierung zum nicht geringen Teil durch die zwischenleibliche Abstimmung. Frau B. erlebte sich stark im Körpermodus bzw. so, als wäre sie in einem unzulänglichen Selbst und Körper hilflos gefangen. Sie schilderte mir ihre Verlusterfahrung seit dem vergangenen Jahr, ihre Insuffizienzgefühle und Selbstzweifel und deutete Beziehungskonflikte mit ihrem Mann an. Es wurde mir ganz körperlich und besorgniserregend spürbar, wie groß und existenziell die Angst von Frau B. war, den Halt zu verlieren, ihr Selbst nicht zusammenhalten zu

können. Die Aspekte der Bindung, des »holding« (Winnicott) und der Affektregulierung waren essenziell für die therapeutische Arbeit.

In den weiteren Vorgesprächen wurde deutlich, dass Frau B. nur wenig Erinnerungen an das hatte, was sie in der Klinik aus Gesprächen mit den Therapeut*innen oder auch Mitpatient*innen mitgenommen haben könnte. Sie habe aber schon immer ein schlechtes Gedächtnis gehabt. Sie sei öfters allein gewesen, das habe ihr aber nichts ausgemacht. Sie habe am Fenster gestanden und es genossen, in die schöne Landschaft hinauszusehen, oder nachgedacht, wenn etwas dort »von früher hochgekommen« sei, was aber nicht zu eruieren war. Ihre Schilderung nahm dabei einen schwärmerisch-beschwörenden Ton an, der verleugnend auf mich wirkte wie nicht von dieser Welt. Inwieweit war das eine Erinnerung an die Zeit in der Klinik, von der sie so viel vergessen hatte, oder zeigte sie mir nicht vielmehr, wie es ihr gegenwärtig ging, wie sie sich zu schützen suchte? Fühlte sie sich in dieser tagtraumartigen Welt besonders wohl, weil sie Verluste und Überforderung dann nicht spürte? Mir kam sie in diesem Moment zugleich einsam vor, wartend auf eine Art Rettung, aber vielleicht auch geschützt vor dem, was sie in Beziehungen ängstigen oder überfordern könnte – was ihr nun auch bei mir drohen könnte oder vielleicht bereits eingetreten war? Diese und ähnliche Szenen beschäftigten mich und uns immer wieder und wurden für mich und Frau B. zu einem prägnanten Bild dessen, wohin sie sich zu retten suchte, wenn es ihr in der äußeren und/oder ihrer inneren Welt »zu viel« wurde.

Aus der Lebensgeschichte erfuhr ich von der Flucht mit der Mutter und der Schwester über die grüne Grenze nach dem Krieg, und eine damit verbundene Erinnerung an Angst, als sie nicht weitergehen konnte oder wollte, während die Mutter sie mit drängender Stimme antrieb. Sie seien zunächst bei Verwandten untergekommen. Als Jüngste sei es ihr dort gut gegangen. Der Vater sei nicht bei der Familie gewesen, weil er an geheimer, kriegswichtiger Forschung beteiligt gewesen sei. Einer ihrer Brüder sei im Kindesalter verstorben, damals habe der Vater überraschend bei der Beerdigung hinter ihr gestanden. Später habe die Familie wieder zusammengelebt, aber der Vater sei schweigsam und in sich gekehrt geblieben. Sie hatte die Zeit bei den Verwandten in besserer Erinnerung. Das beste Verhältnis habe sie zu ihrer älteren Schwester gehabt. Die Mutter habe sie nie trösten können, sie selbst habe sich trotzig von der Mutter abgewandt. Sie sei dieser aber auch ähnlich, sei auch eine »Frohnatur«, so hätten sie das

Leben bewältigt: »Einmal am Tag so richtig lachen, dann ist für mich alles wieder gut.«

Ich vermutete, dass die Mutter während des Krieges durch den Tod eines Kindes und die Sorge um ihren Mann selbst schwer belastet und vielleicht auch deshalb wenig unterstützend war in der Anerkennung und Bewältigung von Angstsituationen und Verlusten, sondern eher Vorbild für Versuche einer raschen Ablenkung von Affekten, im Weglachen, sodass auch Frau B. wenig Mittel zur Selbstberuhigung und Angstbewältigung zu haben schien (Affektregulierung). Reagierte sie deshalb massiv mit einem Körpersymptom, bei dem sich etwas Schlechtes in ihr anzusammeln schien, was sie hochwürgte aber nicht auskotzen/loswerden oder verdauen konnte? Gravierende Verluste in der Kindheit wurden deutlich: Der Vater war lange, auch noch nach dem Krieg äußerlich abwesend und später emotional offenbar wenig präsent, ein Bruder verstarb im Kindesalter, Fluchterfahrungen und der Verlust des zuvor vertrauten Umfeldes kamen hinzu. Hatte ihre Zuflucht zu den »freundlichen Weiten« jenseits der Menschen etwas mit der hochambivalenten Beziehung zur Mutter zu tun, die möglicherweise eine unbewusste Neuauflage in der Beziehung zum Ehemann erfahren hatte?

Ich versuchte in den Vorgesprächen durch vertiefendes Fragen im Sinne der MBT die Ereignis- und Erlebniszusammenhänge mit Frau B. aufzuklären und zu verstehen und kam auch immer wieder auf die Regulierung von sie zu überwältigen drohenden Angstaffekten zurück. Mir fiel auf, wie oft Frau B. nach Worten suchte, sich an vieles nicht erinnern konnte, was die Anamnese ebenfalls schwierig machte – und wie rasch sie von Fragen oder zu langen Sätzen meinerseits überfordert schien und mit spürbarer Angstspannung und leichter Verwirrung reagierte. Allerdings hatte sie auch während der Vorgespräche »gute Tage«, wo dies kaum spürbar war. Das brachte mich auf den Gedanken, nicht nur über die Aktualisierung früher belastender oder traumatischer Verlusterfahrungen, sondern auch über eine Demenz nachzudenken.

Der Konsiliarbericht der Hausärztin enthielt als Dauerdiaagnosen: »Zustand nach Hirninfarkt, Zustand nach TIA, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Arteriosklerose.« Diese besorgniserregenden Befunde, ließen eine vaskuläre Demenz wahrscheinlicher werden. Als ich den Konsiliarbericht mit Frau B. besprach, erinnerte sie sich an einen Krankenhausaufenthalt im vergangenen Jahr und einen »leichten Schlaganfall« vor Beginn ihrer Depression. Sie schien die

Ereignisse zu vergessen, aber das schützte sie nicht vor der begreiflichen Angst angesichts des »Schlages«, den sie hatte hinnehmen müssen und ihrer erlebten Verluste, die sie fast täglich spürte. Bei meiner späteren Rücksprache erfuhr ich von der Hausärztin, dass die Patientin schon mehrfach auf Demenz untersucht worden sei, aber mit uneindeutigen Befunden, und sie gab mir zu verstehen, dass sich Frau B. von ihr schwer halten bzw. hausärztlich leiten ließ. In meiner Gegenübertragung spürte ich vielleicht umso mehr den intensiven Wunsch von Frau B. nach Halt und Orientierung aber auch eine andere, ambivalente und gegenläufige Tendenz, die im Vergessen und in ihren Rückzugstendenzen und der Schwierigkeit, bei anderen Halt zu finden, zum Ausdruck zu kommen schien. In dieser Ambivalenz, die Frau B. die Sicherheit bei und das Vertrauen zu wichtigen Beziehungspersonen erschwerte, auf die sie doch zunehmend angewiesen sein würde, sah ich ein wichtiges Thema für die Therapie.

7.2 Therapieverlauf: Einzeltherapie – »Morgens ist in meinem Kopf manchmal zu viel drin, solange ich im Bett bin, ist es besser.«

Dieser Satz markiert ein Stück Anerkennung der inneren Realität von Frau B., mit der sie sich im Verlauf des ersten Therapieabschnitts konfrontieren konnte. Indem ich versuchte, mich und meine Sprechweise auf ihre Verarbeitungsmöglichkeiten einzustellen, dauerte es meistens spürbar länger, bis Spannung und Angst zunahmen – natürlich auch in Abhängigkeit von den Themen, die die Patientin beschäftigten. Zumeist versuchte sie die Stunden mit etwas Gutem zu beginnen, als wolle sie sich und mir das Leben leichter machen. Aber wenn sie etwas nicht erinnern konnte oder sie Worte nicht fand, nahm ihre spürbare Anspannung wieder zu. Ich orientierte mich hauptsächlich an dieser zwischenleiblichen Kommunikation und regte sie zunächst an, mir ein Zeichen zu geben, wenn sie mich nicht verstand oder ihr etwas zu viel zu werden drohte und sie sich unsicher fühlte. Dies half ihr, mehr auf ihr Befinden zu achten und war die Voraussetzung dafür, mit mir herauszufinden, was sie jeweils verunsicherte oder wo sie den Wunsch hatte, sich zurückzuziehen. So zeigte sich, dass sie sich oft unwohl zu fühlen begann, wenn andere nicht auf sie eingingen, wenn z.B. der Mann morgens erst seinen Zeitungsartikel zu Ende lesen wollte, während sie gleich mit ihm sprechen wollte, weil es ihr

nicht gut ging. Oder wenn sie in der Gruppe in der Gemeinde nicht die richtigen Ansprechpartnerinnen fand, die auch sie ansprachen und einbezogen. Ähnlich wie bei mir suchte sie bei den anderen Halt und Hilfe darin, sich selbst und ihre Ängste zu regulieren. Sie zog sich zurück, wurde hilflos, verzweifelt oder auch ärgerlich – oder die körperlichen Symptome traten auf. Um diese Ereignis- und Erlebniszusammenhänge aufzuklären, waren die kleinschrittigen Fragen an die Patientin, die Rückversicherungen meinerseits und die Validierung ihres Erlebens wie in der MBT empfohlen, hilfreich.

Durch unseren Dialog, in den ich einfließen ließ, wie und wann ich ihre Angst und Spannung spürte, um dies mit ihrem Erleben in Verbindung zu bringen, wurde sie aufmerksamer für solche für sie schwierigen Situationen und manchmal gelang es ihr, sich selbst auf die Weise zu beruhigen, die wir in den Stunden erprobten. In kleinen Schritten fanden wir, auf der Basis der durch die Fragen angeregten Selbstbeobachtung, heraus, was sie mit sich selbst und anderen ganz körperlich und emotional erlebte.

Es zeigte sich, dass sie mit dem Umzug aus dem zu groß gewordenen Haus in die kleinere Wohnung vor einigen Jahren noch haderte. Sie fühlte sich in der Umgebung nicht ganz sicher, mit den neuen Nachbarn nicht wohl, und auch in der kleineren Wohnung konnte sie ihre Hausarbeit nicht bewältigen. Schließlich konnte sie mir anvertrauen, dass sie im Bett blieb, um sich nicht überfordert zu fühlen und Angst zu haben, die Kontrolle über ihren Kopf zu verlieren. Was ihr half, sich zu beruhigen, war, dass sie dann auf den Balkon hinausging, um den Wolken zuzusehen sowie zwei einfache Atem- und Klopfübungen, die ich ihr gezeigt hatte. »Es ist, als ob ich mich da zusammenhalte«, sagte sie nicht nur, sondern zeigte sie mir gestisch. Sie suchte ihr Gefühl von Angst und (Selbst-)Verlust zu bewältigen und ebenso Scham und Kränkung darüber, nicht mehr so leistungsfähig zu sein wie früher. Langsam konnte sie diese Kränkung besser tolerieren. Von da aus konnten wir beginnen zu überlegen, was sie im Haushalt meinte machen zu müssen und wie viel davon für sie machbar sei. Auch Konflikte mit dem Ehemann und ihre Ambivalenz kamen zur Sprache, teils im biografischen Rückbezug unter Unterscheidung zwischen damals und heute. Dies geschah zwar nicht so zusammenhängend wie hier geschildert, aber wir sammelten diese Themen immer wieder ein, und ich orientierte mich immer wieder an meinen körperlichen Spannungsgefühlen und Affekten und an dem, was die Patientin mir dabei vermittelte. Dies half ihr,

wiederum ihre Affekte zu regulieren, sodass sich ihr Erleben klären und besprechen ließ.

7.3 Therapieverlauf: Paartherapie – Der Ehemann macht sich bekannt.

Frau B. wurde ab und an von ihrem Ehemann gebracht, der dann aber in seinen großen Garten fuhr, der sein Hobby und die Quelle der Versorgung mit frischem Obst und Gemüse war. Schließlich fragte sie mich, ob ihr Mann einmal mitkommen könne, er wolle etwas mit mir besprechen. Ich stimmte zu, besprach dann aber mit beiden, dass es vielleicht sinnvoll sein könnte, ein oder auch einige Paargespräche einzuschieben. Denn ich fragte mich aufgrund meiner eigenen Erfahrungen mit ihr, wie es ihr mit ihm und ihm mit ihr zu Hause ginge und dachte an die Zeit, die sie gemeinsam mit der zu vermutenden Erkrankung nach dem Ende der Therapie miteinander haben würden – zumal feststand, dass ich mit meiner Praxis nach Beendigung der Therapie umziehen würde.

Mit Zustimmung seiner Frau gab ich Herrn B. zunächst die Gelegenheit, mit mir allein zu sprechen. Er wollte mich fragen, wie er seine Frau zu Hause beruhigen könne, wenn sie »in diese Zustände« geriet, die ihn spürbar hilflos machten. Ich ermutigte ihn, dies im Paargespräch zu besprechen, da sie ja beide an dieser Situation beteiligt seien. In dem Paargespräch ließen mich beide rasch teilhaben an den Missverständnissen und Auseinandersetzungen, die sie zu Hause miteinander entfalten konnten. Herr B., der für sein Alter drahtig und beweglich wirkte, war in einer großen Familie mit vielen Geschwistern in ländlicher Umgebung aufgewachsen, weshalb er seinen Garten liebe. Frau B. machte sich wenig daraus und kam äußerst selten mit. Er hatte früher erfolgreich in einem verantwortungsvollen technischen Beruf gearbeitet, wo es ebenso auf Präzision, Übersicht wie auf das Zupacken ankam. Umso mehr erwartete er von sich, seiner Frau helfen zu können. Als Herr B. sprach, hatte die Spannung bei Frau B., die solche Situationen offenbar kannte, bereits zugenommen. Sie ergänzte oder korrigierte das eine oder andere, worauf er – sich rechtfertigend und wiederum sie korrigierend – antwortete. Solche kontroversen Dialoge und Affekte, die Frau B.s Verarbeitungsvermögen jetzt spürbar überstiegen, lösten alsbald Hilflosigkeit, Angst und die bekannten körperlichen Symptome bei ihr aus – und auch

abgewehrte Wut und Verzweiflung, wie untergründig spürbar wurde. Herr B. reagierte darauf in der für ihn offenbar charakteristischen Weise. Er fragte nämlich seine Frau ganz rational, aber eindringlich und nach vorn gebeugt, was jetzt los gewesen und was »der Auslöser« sei. Dabei war sein drängender Affekt zu spüren, der wiederum mich spüren ließ, wie sehr er hoffte, die Angst seiner Frau aus der Welt zu schaffen oder kontrollieren zu können. Der drängende Affekt übertrug sich aber wiederum auf Frau B., die sich angegriffen fühlte, ohne diese Frage beantworten zu können. Sie sagte, sie wisse es auch nicht und lockerte, zunehmend schneller und schwerer atmend, ihre Kleidung.

Wie auch in den Einzelgesprächen schlug ich vor, zunächst Frau B. die Gelegenheit zu geben, sich wieder zu beruhigen, damit ein wechselseitiges Gespräch fortgeführt werden könnte – daran konnte auch Herr B. sich orientieren. Dann regte ich an herauszufinden, wie beide diese Situation, die sie offenbar gut kannten, erlebt hatten. Ich regte beide an, ihr Erleben möglichst genau zu beschreiben und versuchte, für beide spürbar werden zu lassen, was eben geschehen war. Herr B. konnte spüren und in Worte fassen, dass er gereizt und ungeduldig wurde, weil er sich hilflos fühlte und unfähig, seiner Frau zu helfen. Er war ihr zugewandt und bemüht, aber es war unübersehbar, dass er rational an Dinge heranging und versuchte, die Ursachen zu klären und Lösungen zu finden. Wir besprachen, dass das der Weg war, der ihm in seinem Leben und vor allen Dingen in seinem beruflichen Leben viel ermöglicht und ihn weitergebracht hatte. Frau B. bestätigte dies ebenso wie, dass sie nicht in der Lage war, auf die Frage ihres Mannes zu antworten. Deshalb fühlte auch sie sich dann hilflos, schuldig, aber auch ärgerlich, weil in gewisser Weise unverstanden. Sie ergänzte, sie sei eben »ein ganz anderer Typ« wie ihr Mann, sie müsse einmal am Tag von Herzen lachen, dann sei vieles für sie einfach wieder gut. Sie sei froh, dass sie die Dinge so leichtnehmen könne. Beide waren ehrlich und engagiert bei der Sache und ich bestätigte, dass ihre Temperamente und Herangehensweisen sich deutlich unterschieden und dass ich mir gut vorstellen könne, wie sich daraus Missverständnisse und Streitigkeiten entwickelten. Nun erfuhr ich von beiden, dass sie früher viele und teils heftige Auseinandersetzungen hatten, jetzt im Alter aber sehr froh seien, sich zu haben.

Ich sprach mit dem Paar überwiegend in dieser Art wechselndem Dialog inspiriert von den Grundprinzipien der MBT. Wenn beide miteinander sprachen und Konflikte oder Missverständnisse

spürbar wurden, besprach ich zunächst mit ihnen, was und wie sie die Mitteilung des jeweils anderen verstanden hätten, bis unterschiedliche Wünsche und Auffassungen zusammen mit den begleitenden Affekten bestehen bleiben konnten. Das erleichterte entweder die Verständigung oder es blieben eben Meinungsunterschiede, die dann leichter anerkannt werden konnten. Wenn sie sich an mich wandten, versuchte ich aus den Mitteilungen des Paares wechselseitig ihre inneren Zustände herauszuhören und beiden mitzuteilen, was und wie ich sie verstanden hätte. Es ging mir um eine Art wechselseitiger Übersetzungsarbeit im Dreieck von Bindung, Affektregulierung (durch das Teilen, Spürbar-werden-lassen und Benennen der Affekte und dessen, was sie auslösten) und Mentalisieren, also zunächst getrenntes, dann gemeinsames Nachspüren und Nachdenken über das Erlebte und Formulierte. Das musste natürlich in kleinen Schritten erfolgen, insbesondere an für Frau B. »schlechten Tagen«.

Tatsächlich verbesserte das die Möglichkeiten des Paares, sich gegenseitig zuzuhören und sich zu verständigen. Insbesondere Frau B. wurde stärker und klarer darin, ihren Standpunkt zu vertreten und Herr B. fing an, auch ihre Perspektive sehen und einnehmen zu können. In dem Dreieck zwischen Bindungssicherheit, Affektregulierung und Mentalisierung bleibend wurde spürbar, dass es für Frau B. manchmal mehr um die Bindung und die Affektregulierung ging, die ihr halfen, sich sicher zu fühlen. Das erleichterte ihr das Mentalisieren. Für Herrn B. waren Sicherheit und Affektregulierung in der therapeutischen Beziehung ebenso wichtig, denn sie entlasteten ihn und erleichterten es ihm, zu verstehen und anzuerkennen, was in seiner Frau vorging oder wozu sie nicht in der Lage war – worüber ich mit beiden gesprochen hatte. In diesem wechselseitigen Prozess konnten sich beide besser aufeinander einstimmen und ihre Begrenzungen und charakterlichen Unterschiede in ihren Auswirkungen besser erkennen und tolerieren. Das ermöglichte Herrn B. erstaunlich rasch, seine Frau auf der emotionalen Ebene anzusprechen. Kurze Zeit später erzählte er erleichtert, dass er jetzt herausgefunden habe, dass es am besten sei, wenn er seine Frau in den Arm nehme, wenn sie wieder Angstzustände bekomme.

Es folgte eine Phase, in der es beiden besser ging, da es ihnen gelang, sich besser aufeinander einzustellen und abzustimmen. Konflikte wurden angesprochen. Frau B. wollte, dass Herr B. das Handy mitnehme, wenn er in den Garten ging, da sie ja nicht wisse, wann er zurückkomme. Er entgegnete darauf, dass er doch feste Zeiten

habe, auf die sie sich verlassen könne und verstand zunächst ihre emotionale Botschaft nicht, unabhängig zu sein in der Möglichkeit, ihn zu erreichen. Der Garten schien sein Ort zu sein, an dem er zur Ruhe kam und das Handy war ihm keineswegs selbstverständlich. Es wurde auch spürbar, dass ihm das zu viel werden könnte – was er aber verneinte. Ich vermutete, dass beide in der Vergangenheit Konflikte öfters durch Distanzierung reguliert hatten, wo jeder seine »freundlichen Weiten« hatte. Aber Frau B. konnte ihren Wunsch nach einer sicheren Verbindung inzwischen nicht nur sich selbst gegenüber anerkennen, sondern auch ihm gegenüber verdeutlichen. Aber vor der Therapie hatte es in zwei Fällen akute, kurzzeitige Aufnahmen in Krankenhäuser gegeben, hinter deren körperlichen Anlässen ich Ängste seitens der Patientin vermutete.

In einer der nächsten Stunden brachte Frau B. ein, dass sie immer wieder die Sorge habe, dass sie ihren Mann überhaupt und angesichts seines Alters zu sehr belaste. Herr B. bestritt dies zunächst nachdrücklich, aber seine Frau widersprach ihm und die Stunde füllte sich mit dem Gespräch über ihre Beobachtungen ihn betreffend und ihre Erfahrung von Insuffizienz und damit verbundenen schmerzlichen Gefühlen. In den nächsten Stunden begann Herr B. dann doch, über sein eigenes fortschreitendes Alter zu sprechen und davon, wie auch er manchmal die Begrenzung seiner Kräfte spürte. Das wechselte ab mit seinem Wunsch, durch den Garten für eine autarke und gesunde Ernährung zu sorgen, sodass ich ein Gespür dafür bekam, wie einig sich das Paar unbewusst darin war, gegen zunehmende Einschränkungen und Abhängigkeit tapfer anzukämpfen. Die Beschäftigung mit diesem Konflikt machte es schließlich beiden möglich, ihre Haltung ihrer sich verändernden inneren und äußeren Realität besser anzupassen, und angesichts eigener Verletzlichkeit und Bedürftigkeit für gute Unterstützung zu sorgen.

7.4 Die Kinder melden sich

Ich hatte mich ab und an gefragt, inwieweit die erwachsenen Kinder des Paares die Situation der Eltern und insbesondere von Frau B. kannten und einschätzten. Die Tochter meldete sich regelmäßig, sie hatte aber nun auch ein eigenes Anliegen: Zwischen ihr und Frau B. gab es einen alten Konflikt, der nie geklärt worden war und dessentwegen die Tochter unausgesprochene Vorwürfe hegte. Da auch sie die

Veränderung ihrer Mutter bemerkt hatte, suchte sie das Gespräch, obwohl Herr B. dagegen war, weil er fürchtete, dies könnte seine Frau zu sehr belasten. Dieser Konflikt war in einer Stunde von beiden sehr offen besprochen worden, Herr B. blieb skeptisch, stimmte aber zu. Frau B. war nach dem Gespräch mit der Tochter sehr erleichtert. Sie habe immer gespürt, dass die Tochter sich ihr gegenüber etwas zurückhalte. Sie selbst habe sich vielleicht auch nicht immer richtig verhalten und sei froh, dass dies jetzt besprochen werden konnte, denn sie sei jetzt unbefangener im Umgang mit ihr. Worum es bei den alten Vorwürfen gegangen war, blieb zum Teil unklar. Wohl aber war es wichtig, sich auszusprechen und auszusöhnen, die Affekte zu regulieren und die emotionale Beziehung wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Im weiteren Verlauf war ich erstaunt, wie präsent die Kinder jetzt wurden und wie passend und sinnvoll ihre Unterstützungsangebote, nachdem zudem eine qualifizierte Demenzdiagnostik erfolgt war. Denn die depressive Symptomatik von Frau B. war abgeklungen, die körperlichen Begleitsymptome der Angst traten seltener auf und Frau B. gelang es besser, sich zu beruhigen und die Begrenzungen ihrer Kräfte zu akzeptieren. Dennoch blieben die deutlichen Wortfindungs- und Gedächtnisstörungen sowie kognitive Einschränkungen unübersehbar. Auch die reduzierteren Routinen des Haushalts brachten sie an ihre Grenzen und sie wurde ängstlich, wenn sie in neue Situationen kam oder sie sich allein gelassen und überfordert fühlte. Ich regte an, über die fragliche Demenz zu sprechen, um Klarheit und eventuell notwendige Therapie und Unterstützung zu ermöglichen, was nun – trotz der verbleibenden Angst und Abwehr von Frau B. – schrittweise und zunehmend möglich wurde. Schließlich wurde die Untersuchung nicht mehr beiläufig und unzureichend durchgeführt, um dann möglichst schnell wieder vergessen zu werden, sondern sie rückte in den Fokus und die ganze Familie wurde informiert. Es wurde eine leichte bis mittelschwere subkortikale vaskuläre Demenz diagnostiziert, therapeutische und Unterstützungsmöglichkeiten wurden besprochen, u.a. wurde die Beantragung einer Pflegestufe angeraten. Dies ermöglichte allen, sich besser auf die schwierige Situation einzustellen. Es gab weiterhin »gute« und »schlechte« Tage, solche an denen Frau B. sich mit der Erkrankung konfrontieren konnte und begreiflicherweise traurig wurde, sich aber auch der Unterstützung durch ihre Familie rückversichern konnte und Wünsche und Interessen äußerte. In anderen Stunden hatte sie die Erkrankung vergessen, stellte alles

infrage, wünschte sich, dass die Krankheit geheilt werden und wieder verschwinden könnte. Herr B. fühlte sich einerseits auch durch die Unterstützung der Kinder entlastet, andererseits auch darin bestärkt, seine Rolle und Kraft als Ehemann und Beschützer seiner Frau behalten zu wollen. Beide hielten auf diese Weise auch an ihrer Partnerschaft fest, und wünschten sich, noch möglichst lange eine möglichst gute Zeit miteinander zu haben. Auch angesichts des absehbaren und wegen meines Umzugs unumgänglichen Endes der Therapie machten sie sich gleichzeitig auf, die Unterstützungsangebote vor Ort kennenzulernen und erste Besuche dort zu vereinbaren.

Angesichts des Abschieds verstärkten sich die Angstsymptome von Frau B. wieder, aber es kam auch ein Trauerprozess in Gang. Bedauern und Enttäuschung waren ihr emotional zugänglich, Wut und Ärger mir gegenüber blieben stärker abgewehrt. Sowohl Frau B. als auch ihr Mann versuchten, den Abschied zu bewältigen, wie sie das von klein auf kennengelernt hatten und es den damaligen Notwendigkeiten der Kriegs- und Nachkriegszeit entsprochen hatte, nämlich tapfer zu sein und auch Zumutungen und Verluste ohne Protest zu ertragen. Solche damaligen Überlebens- und Anpassungsstrategien versuchte ich im Kontext der Beendigung behutsam ins Gespräch zu bringen, um es ihnen zu erleichtern, damalige Erfahrungen von den heutigen zu unterscheiden, Ärger und Enttäuschung zu enttabuisieren und heute Hilfe zu verlangen und anzunehmen.

8. Überlegungen zum Fallbericht und zur Psychotherapie bei Demenz

Mit der Zunahme der Erkrankung half Frau B. ihre bisherige Abwehr- und Bewältigungsstrategie, sich trotzig abzuwenden aber auch durchzuhalten und Unangenehmes, Schmerzliches oder Unerträgliches wegzulachen, nicht mehr weiter. Ähnliches galt für die Rationalität und Affektabwehr von Herrn B.. Auch die Nähe-Distanz-Regulation, die Frau und Herr B. entwickelt hatten, entsprach nicht mehr ihrer beider zunehmenden Verletzlichkeit. Herr B. war um Unabhängigkeit bemüht. Frau B. fiel es oft schwer, ihre Bedürfnisse auf direktem Wege anzumelden bzw. gab sie schnell enttäuscht auf, wenn die gewünschte Reaktion der anderen nicht kam. Angesichts der jetzigen Ängste und Gefühle, die Frau B. nur begrenzt mentalisieren konnte, blieb sie im Körpermodus und entwickelte den Hilfeschrei

somatischer Symptome, der in der Therapie gemildert werden konnte. Frau B. konnte einerseits ihr Lachen behalten, aber andererseits auch Ärger, Enttäuschung, Schmerz und Trauer besser zulassen und Ambivalenz insgesamt; auch ihre Wünsche und Interessen konnte sie besser anmelden und vertreten. Herr B. konnte Abstand zu seiner rationalisierenden Haltung finden und seinerseits mehr auf seine Gefühle hören und vertrauen, wie auch auf die seiner Frau. Beide konnten ihre Verletzlichkeit und zunehmende Abhängigkeit besser tolerieren und Vorsorge treffen und sich als Paar besser verständigen und abstimmen. Erst als der Weg dahin geebnet war, schien mir der richtige Moment, die Demenzdiagnostik zur Sprache zu bringen.

Natürlich ging auch das alles nicht so glatt und körperlos vonstatten, wie meine jetzige Schilderung dies vielleicht vermuten lassen könnte. Es gab weiterhin »gute« und »schlechte« Tage, Spannungen und Ängste, regressive und progressive Tendenzen. Aber mir blieb mein zwischenleibliches und affektives Erleben der entscheidende Seismograph für die somatopsychische und psychosomatische Verfassung der Patientin, wie auch ihres Ehemannes und des Paares. Es bildete auch die Basis dafür, die Wahrnehmung und Regulation von Affekten, den versuchten Wechsel von Perspektiven und mögliches Mentalisieren anzuregen. Wenn wir die Zwischenleiblichkeit nicht nur implizit voraussetzen, sondern explizit berücksichtigen wollen, öffnen wir uns nicht nur der direkt sinnlich-leiblich vermittelten Affektivität und dem sinnlich-szenischen Verstehen, sondern auch der »verkörperten gleichschwebenden Aufmerksamkeit« (Scharff 2010, 175). Wir tragen intuitiv oder methodisch orientiert zur Rhythmisierung und Affektregulierung im therapeutischen Prozess bei, um etwa vor der Überwältigung durch schmerzliche Affekte, Hilflosigkeit, Ängste oder Retraumatisierungen zu schützen (Plassmann 2019).

Insbesondere in der frühen und mittleren Phase einer Alzheimer- oder auch vaskulären oder anderen Demenz wird die Einbeziehung des*der Partner*in in die Diagnostik, Beratung, Behandlung und ggf. in die Psychotherapie des*der erkrankten Partner*in empfohlen, denn die Erkrankung ändert auch die Beziehung und beider Leben nachhaltig. Die Möglichkeiten, mit einer Paartherapie – wenn indiziert und gewünscht – auch längerfristig bestehende Konflikte noch zu bearbeiten – wie sie Frau und Herr B. einbrachten – sollte berücksichtigt werden. Auch im Hinblick auf die zunehmende Asymmetrie der Beziehung und den Übergang in eine Pflegebeziehung ist das beiderseitige Vertrauen auf gegenseitige Verständigung und

die Anerkennung ambivalenter Gefühle hilfreich. Das Paarsetting kann es zudem erleichtern, die zwischenleibliche Erfahrung des Paares und seiner Muster der Selbst- und Affektregulierung direkt mit einzubeziehen und die hilfreichen Erweiterungen der Kommunikationsmöglichkeiten auf das affektive, parasprachliche und körperbezogene Geschehen hin vorzubereiten und zu erproben, das in späteren Stadien der Erkrankung immer bedeutsamer wird.

Was Hirsch, als erfahrener Gerontopsychiater, Psychotherapeut und Psychoanalytiker berichtet, nämlich dass Patient*innen mit Alzheimer-Demenz diejenigen Psychotherapeut*innen, die mit ihnen arbeiten, immer wieder damit überraschen, »über welche Vielfalt an Fähigkeiten und Kompetenzen ein Mensch mit Alzheimer-Demenz noch verfügt« (2017, 270), dürfte auch für andere Formen der Demenz, spätere Erkrankungsstadien und andere Behandlungsformen gelten. Jedenfalls war auch ich überrascht von dem, was die Patientin, ihr Ehemann, beide als Paar und die Familie entwickeln konnten.

9. Mentalisierungsbasierte Psychotherapie und leibphänomenologischer Diskurs

Im Hinblick auf die MBT bleibt festzuhalten, dass die Frage nach inneren Zuständen anderer und nach dem eigenen Selbsterlebens in Interaktionen und Beziehungen nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass auch Mentalisieren in zwischenleiblichen und intersubjektiven Prozessen gründet. Das wird nicht nur in theoretischer Hinsicht, z.B. beim prämentalistischen teleologischen Modus deutlich und bei Patient*innen, die auf körperliche Be-Handlung drängen. Aber auch die Aufrechterhaltung des Mentalisierens und sein Erwerb finden unweigerlich in einem zwischenleiblichen und intersubjektiven Feld statt und in der zirkulären Bewegung zwischen sicherer Bindung, Affektspiegelung/Affektregulierung und Mentalisierung, wobei explizites und implizites Mentalisieren zusammenwirken. Wenn wir »implizit mentalisieren, tun wir es intuitiv, prozedural und automatisch, nicht bewusst«, ohne zwischen beiden Formen eindeutig unterscheiden zu können (Allen 2016, 33). Auch das implizite Mentalisieren betrifft sowohl das Selbst als auch andere Menschen, »automatisch spiegeln wir sie zu einem gewissen Grad wider, indem wir unsere Körperhal-

tung, unseren Gesichtsausdruck und unseren Tonfall entsprechend anpassen«, aber dies sei schwierig in Worte zu fassen, so Allen (ebd.).

Dennoch haben Broschmann und Fuchs 2020 kritisch eingewandt: »Die zwischenleibliche Ebene der Interpersonalität findet im Mentalisierungs-Paradigma kaum Berücksichtigung [...], der psychische Raum sei zwar interpersonal konzipiert, dabei werde aber der Eindruck erweckt, als finde eine Perspektivenübernahme körperlos von einem geistigen Zustand zum anderen statt« (ebd., 461).

Zuletzt hat Schultz-Venrath (2021) diese konzeptionelle Verkürzung in seinem Buch über das *Mentalisieren des Körpers* aufgegriffen und breit diskutiert. Ihm verdanke ich den Hinweis auf ein kurzes Beispiel von Bateman und Fonagy (2016), in dem sie die Fokussierung auf Affekte als unverzichtbaren Schritt hin zu deren Mentalisieren diskutieren (zit. nach Schultz-Venrath 2021, 218):

Th: Als Sie eben sprachen, haben sie Ihren Blick abgewandt und auf den Boden geschaut. Können Sie mir sagen, was gerade in Ihnen vorgegangen ist?

Pat: Ich weiß es nicht, ich fühle mich gerade leer.

Th: Können Sie das etwas genauer beschreiben?

Pat: Mir macht das Angst und ich bin ziemlich aufgewühlt, darüber zu sprechen.

Th: Vielleicht ist das etwas, dass wir gemeinsam haben. Im Augenblick bin ich auch etwas ängstlich darüber, dass ich sie zu Dingen befrage, die Ihnen noch mehr Angst machen und die sie gerne vermeiden möchten. So sind wir vielleicht beide unsicher, ob wir etwas vermeiden oder nicht.

Hier wird nicht körperlos von einem geistigen Zustand zum anderen kommuniziert. Ein solcher Dialog wird nur möglich, wenn auch das zwischenleiblich vermittelte, affektive Selbstempfinden als eigenes und geteiltes inneres Erleben berücksichtigt wird.

Schultz-Venrath rekonstruiert die anfangs nur beiläufige Berücksichtigung vom »embodied mentalizing« nach Bowlby als »verkörperlichtes, verleiblichtes oder verkörpertes Mentalisieren« bei Fonagy und Target (2007) und die 2019 erfolgten Modifikationen durch Bateman und Fonagy. Sie reformulierten die Mentalisierungstheorie dahingehend, dass das Mentalisieren der Sprachentwicklung vorausgehe, »weil das mütterliche Verständnis des inneren Zustands des Kindes körperlich oder zumindest vorsprachlich lange vor dem Erscheinen des ersten Wortes erfahren und kommuniziert werde«

(Bateman & Fonagy 2019, 7). Diese Abwendung von der Verortung des Mentalisierens in der *Theory of Mind* erfolgte nicht zuletzt aufgrund neuerer empirischer Studien mit Säuglingen und Kleinkindern. Aufgrund der Diskussion dieser Befunde folgert Schultz-Venrath, »dass verkörperlichtes (implizites) Mentalisieren vom kognitiven (expliziten) Mentalisieren als Integrationsleistung der verschiedenen prämentalistischen Modi unterschieden werden muss, da auf der vorsprachlichen Ebene nach der klassischen Definition Mentalisieren nicht möglich ist.« (Schultz-Venrath 2021, 70) Diese konzeptionelle Unterscheidung weist einige Parallelen auf zu der oben ausgeführten zwischen präsentativ-symbolischer und repräsentativ-symbolischer Kommunikation und Repräsentation. Beide wirken aber – wie auch immer konzipiert – im lebenspraktischen Vollzug einschließlich Pflege, Betreuung und Psychotherapie zusammen. Entsprechend zielen mentalisierungsfördernde Interaktionen, so Schultz-Venrath, darauf ab, »Brücken zwischen dem Körper, dem Körpererleben und dem psychischen Erleben in Begegnung mit anderen Menschen bzw. Mitpatienten anzubieten.« (Ebd., 222) Dadurch werde der therapeutische Raum insbesondere um den vorsprachlichen Bereich erweitert, Selbst und Objektgrenzen würden klarer, was Ängste reduzieren helfe. (Ebd.)

Insbesondere diese Erweiterung des therapeutischen Raums um den vorsprachlichen Raum bzw. die Zusammenschau und das Ineinander-verwoben-Sein von vorsprachlicher und sprachlicher Bezogenheit und Kommunikation, ist nicht nur für die psychodynamische Psychotherapie und die Psychoanalyse, sondern auch für Betreuung und Pflege grundlegend – und besonders im Hinblick auf Menschen mit Demenzen und vergleichbaren Erkrankungen relevant. Denn hier verlieren Denken und Sprache zunehmend den repräsentativ-symbolischen Charakter und Sinn, und präsentativ-symbolische, gestische, mimische, vokale und vorsprachliche Kommunikation, Sinnstiftung und -vermittlung, wie sie dem Menschen von den frühesten zwischenleiblichen Mutter-/Eltern-Kind-Dialogen an zur Verfügung stehen, rücken in den Vordergrund. Auch das Mentalisierungskonzept und die MBT – das habe ich zu zeigen versucht – bieten in ihrer sprachlich und vor-sprachlich verwobenen, hochdifferenzierten und kleinschrittigen Arbeitsweise viele Anregungen zur Psychotherapie mit an Demenz Erkrankten und ihren Angehörigen. Denn MBT bietet die Möglichkeit, die Gesamtheit des konzeptionellen Raumes von Bindungssicherheit, Affektwahrnehmung/Affektregulierung und Men-

talisierung mit einzubeziehen und zu realisieren. Der Anschlussfähigkeit an und Konfrontation mit dem leibphänomenologischen Diskurs steht demnach nichts im Wege.

Literaturverzeichnis

- Allen, J. G. (2016). Mentalisieren in der Praxis. In J. G. Allen & G. Fonagy (Hrsg.), *Mentalisierungsgestützte Therapie* (übers. v. Elisabeth Vorspohl) (S. 23–61). Stuttgart: Klett Cotta.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2016). *Mentalisation-Based Treatment for Personality-Disorders – A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (Hrsg.) (2019). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington D.C. London: American Psychiatric Association Publishing.
- Bienstein, C. & Fröhlich, A. (2021). *Basale Stimulation in der Pflege* (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Bohleber, W. (2022). Das Selbst als mentaler Akteur. Ein vernachlässigtes Konzept der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 38 (1), 17–32.
- Broschmann, D. & Fuchs, T. (2020). Zwischenleiblichkeit in der psychodynamischen Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 36 (4), 459–475.
- Damasio, A. (2010). *Selbst ist der Mensch. Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins*. München: Pantheon.
- Dehm-Gauwerky, B. (2017). Jenseits des Vergessens. Zwischenstadien des Weltbezugs, wie sie sich in der psychoanalytischen Musiktherapie mit hochgradig altersdemementen Menschen darstellen. *Psychotherapie im Alter*, 14 (3), 317–328.
- Euler, S. & Schultz-Venrath, U. (2014). Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). *PiD- Psychotherapiedialog*, 15(3), 40–43.
- Euler, S. & Walter, M. (2018). *Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Feil, N. (1999). *Validation* (5. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fonagy, P. & Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body: new links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of Aging and Physical Activity*, 55 (2), 411–456.
- Freud, S. (1923/1940). Das Ich und das Es. In A. Freud et al. (Hrsg.), *Gesammelte Werke, Bd. XIII* (S. 237–289). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Haberstroh, J., Neumeyer & K., Pantel, J. (2016). *Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Heuft, G. (2018). *Psychodynamische Gerontopsychosomatik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (Hrsg.). (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie* (2. Aufl.). München: Reinhard UTB.
- Hirsch, R. D. (Hrsg.) (1994). *Psychotherapie bei Demenzen*. Darmstadt: Steinkopf.

- Hirsch, R. D. (2011). Psychotherapie bei Menschen mit Demenz. In R. D. Hirsch, T. Bronisch, S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Das Alter birgt viele Chancen. Psychotherapie als Türöffner* (S. 136–161). München: CIP-Medien.
- Hirsch, R. D. (2017). »Man kennt nur Dinge, die man zähmt.« Begreifen wir den Demenzprozess? *Psychotherapie im Alter*, 3 (14), 249–274.
- Jaques, E. (1965). Death and the Mid-life Crisis. *International Journal of Psychoanalysis* 46, 502–514.
- Junkers, G. (1994). Psychotherapie bei Demenz? In R. D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie bei Demenzen* (S. 93–106). Darmstadt: Steinkopf.
- Kandel, E. R. (2008). *Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes*. Berlin: Suhrkamp.
- Kojer, M. (2015). Interview Demenz. Die Hochbetagten waren meine Lehrer. *Lebendige Seelsorge*, 66 (1), 33–38; <http://docplayer.org/40198464-Interview-demenz-ein-gespraech-mit-marina-kojer.html>(Abgerufen am: 15.05.2022).
- Kojer M. & Schmidl, M. (2016). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*. Heidelberg: Springer.
- Küchenhoff, J. (2016). Zwischenleiblichkeit und Körperbild. Das Körpererleben in der Beziehung. In S. Walz-Pawlita, B. Unruh & B. Janta (Hrsg.), *Körpersprachen* (S. 109–124). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Langer, S. (1942/1987). *Philosophie auf neuen Wegen*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Lemma, A. (2018). *Der Körper spricht immer. Körperlichkeit in psychoanalytischen Therapien und jenseits der Couch*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Leikert, S. (2019). *Das sinnliche Selbst – Das Körpergedächtnis in der psychoanalytischen Behandlungstechnik*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Leikert, S. (Hrsg.) (2022). *Das körperliche Unbewusste in der psychoanalytischen Behandlungstechnik*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Leuschner, W. (2017). Paul Schilders Körperbild-Modell und der »bodyintercourse«. *Psyche*, 71 (2), 123–150.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2013). *Embodiment. Ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lindner, R. (2017). »Wir können nicht vergessen.« Klinisch-psychoanalytische Überlegungen zur Psychotherapie bei Demenz. *Psychotherapie im Alter*, 3 (14), 329–342.
- Lorenzer, A. (1988). *Das Konzil der Buchhalter. Die Zerstörung der Sinnlichkeit. Eine Religionskritik*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- McMahan, J. (2003). *The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Montero, G.J., De Montero, A. M. C. & De Vogelfanger, L. S. (Hrsg.) (2013). *Updating Midlife*. London: Karnac.
- Otterstedt, C. (2005). *Der nonverbale Dialog. Für Begleiter von Schwerkranken, Schlaganfall-, Komapatienten und Demenz-Betroffenen mit Übungen zur Wahrnehmungssensibilisierung*. Dortmund: Verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG.

- Peters, M. & Lindner, R. (2019). *Psychodynamische Psychotherapie im Alter. Grundlagen, Störungsbilder und Behandlungsformen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Plassmann, R. (2016). *Körper sein und Körper haben*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Plassmann, R. (2019). *Psychotherapie der Emotionen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Plassmann, R. (2022). *Leiblichkeit, Emotionen und Selbstentwicklung: Die Schichten des Selbst und die Entstehung des Stimmigkeitsgefühls*. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript.
- Poscheschnik, G. & Traxl, B. (Hrsg.) (2016). *Handbuch Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft. Theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Radebold, H. (2005). Zur Bedeutung des Körpers Äterer in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Alter*, 2(4), 21–33.
- Scharff, J. M. (2010). *Die leibliche Dimension in der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body. Studies in the constructive energies of the psyche*. London: Kegan Paul & Trench, Trubner.
- Schrader, C. (2017). Warum ist die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) für die Psychotherapie im Alter besonders interessant? *Psychotherapie im Alter*, 14 (1), 51–64.
- Schrader, C. (2018). »Aber ich hab doch noch so viele Träume!« Formen der Rebellion gegen Begrenzung und Tod im Alter – Beobachtungen aus der psychoanalytischen Praxis. In B. Unruh, I. Moeslein-Teising & S. Walz-Pawlita (Hrsg.), *Rebellion gegen die Endlichkeit* (S. 174–186). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schrader, C. (2020a). »Diesen Deckel wollte ich eigentlich gar nicht aufmachen« Zur Reaktivierung transgenerationaler Traumata im Alter. In M. Rauwald (Hrsg.), *Vererbte Wunden* (2. Aufl.) (S. 129–136). Weinheim: Beltz Verlag.
- Schrader, C. (2020b). Körper und Körpererleben im Alter. *Psychodynamische Psychotherapie*, 19 (4), 405–415.
- Schultz-Venrath, U. (2021). *Mentalisieren des Körpers*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steinmetz, A. (2016). *Nonverbale Interaktion mit Demenzkranken und palliative Patienten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Stuhlmann, W. (2018). *Demenz braucht Bindung* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Stern, D.N. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Stern, D.N. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D.N. (2011). *Ausdrucksformen der Vitalität*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- van der Kooij, C. (2007). *Ein Lächeln im Vorübergehen. Erlebnisorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik*. Bern u.a.: Huber.
- Volz-Boers, U. (2022). »Mein Körper läuft neben mir her wie ein Ding, das ich nicht brauche.« Körperempfindungen in Aufbau und Organisation mentaler Struktur. In S. Leikert (Hrsg.), *Das körperliche Unbewusste in der psychoanalytischen Behandlungstechnik*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

- Wächtler, C. (2017). »Der Psychiater meiner Mutter sagt, bei Demenz hilft keine Psychotherapie«: Besonderheiten bei der Psychotherapie mit kognitiv beeinträchtigten Patienten. *Psychotherapie im Alter*, 14 (4), 415–431.
- Winnicott, D.W. (1960/1965). Ego distortion in terms of the true and false self. In D. Winnicott (Hrsg.), *The maturational process and the facilitating environment* (S. 140–152). London: The Hogarth Press.
- Yalom, I. D. (2002). *Der Panama-Hut* (9.Aufl.). München: btb.

