

1. Vorlesung

Erscheinungen des Todestriebes I: Wiederholungszwang, Sado-Masochismus und negative therapeutische Reaktion

Sigmund Freud war der erste große Theoretiker, der sich mit der Problematik der Gewalt als einer grundlegenden psychischen Motivation beschäftigte. Seine Theorie des Todestriebes⁷ versuchte erstmals, Aggression als eine entscheidende Motivation des menschlichen Wesens zu beschreiben. Obwohl heutzutage sehr kontrovers diskutiert, wurde diese Theorie ausschlaggebend für alle Untersuchungen zur Gewaltproblematik. Es ist daher immer noch sehr sinnvoll, von der Theorie des Todestriebes auszugehen, sie im Rahmen heutiger wissenschaftlicher Erkenntnisse zu untersuchen und sie auf der Grundlage unseres heutigen Wissens zu erörtern.

Die fundamentalen Triebe waren für Freud⁸ damals die Sexualität in einem weiteren Sinne einschließlich der Liebe, der Abhängigkeit, aller positiven, die menschliche Beziehung stärkenden Motive, und der Todestrieb, mit allen negativen Elementen der Zerstörungssucht von anderen und von sich selbst. Dabei sprach er von Trieben, nicht von Instinkten, denn er sah bereits ganz klar den Unterschied zwischen den biologisch begründeten Instinkten und den psychisch begründeten Trieben. Er beschrieb fünf Arten der klinischen Prädominanz zerstörender, aggressiver und gewalttätiger Handlungen (Tab. 1). Jedes dieser Syndrome sehen wir klinisch heute genau so, wie er sie damals beschrieben hat.

7 Freud S (1920) Jenseits des Lustprinzips. GW Bd XIII

8 Freud S (1916/17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd XI

Tab. 1: Destruktion, Aggression und Gewalt in klinischen Phänomenen nach Freud

- Wiederholungszwang
 - Sadismus und Masochismus
 - Negative therapeutische Reaktion
 - Selbstmord in schweren Depressionen
 - Zerstörerische und selbstzerstörerische Prozesse in Massenpsychologie und Gesellschaft
-

Natürlich haben wir auch viel dazugelernt und wissen nun eher, was in jedem dieser Syndrome steckt. Sie sollen in den ersten beiden Vorlesungen anhand von Fallbeispielen vorgestellt werden.

Wiederholungszwang

Es war besonders der Wiederholungszwang, der Freud dazu veranlasste, einen Todestrieb anzunehmen, agieren hier doch die Patienten gegen das basale Lustprinzip. Ihr Lebensziel scheint auf Zerstörung und Tod gerichtet zu sein.

Wiederholungszwang bei aggressiven Beziehungserfahrungen

„Wiederholungszwang“ nannte Freud⁹ die Entdeckung, dass Patienten eine bestimmte, schwer belastende, aggressive, angst- und schreckenerregende Beziehung immer wieder in der Übertragung wiederholen, obwohl diese bereits geklärt und durchgearbeitet worden war.

Kasuistik

Die Patientin ist eine 26-jährige Frau mit narzisstischer Persönlichkeit, eine schöne, junge Frau aus aristokratischem Hause, sehr reich.

9 Freud S (1914) *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten* (Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II). Studienausgabe, Ergänzungsband, Fischer, Frankfurt 2000

Sie hat alles, was sie sich wünschen kann, ist hoch intelligent, kreativ – eine kreative Künstlerin mit fast erschreckender Großartigkeit. Sie hielt sich für die beste Künstlerin ihres Fachs: Das haben noch nicht alle erkannt, wenn sie aber einmal überall bekannt sein wird, wird sie zu den Größten ihrer Disziplin zählen. Zudem ist sie einzigartig, denn sie hat Verstand und Tiefe, wenngleich auch dies noch nicht allgemein so gesehen wird, wie sie glaubt. Dennoch hat die junge Frau zwei Probleme in ihrem Leben: Sie ist noch nicht so berühmt, wie sie sein wollte, und obwohl sie so viele Männer um sich herum hat, wie sie sich nur wünschen kann, ist sie verzweifelt, glückte ihr bis jetzt doch keine feste Beziehung. Alle ihre Beziehungen zerbrachen, denn die Männer sind ja alle „Loser“.

Sie weiß ganz genau, was sie will: einen Mann in ihrem Alter, der schön ist, athletisch, Professor an einer großen Universität oder Chef eines internationalen Konzerns und Hunderte Millionen Dollar „wert“. Der macht ihr sofort ein Kind (das die Intelligenz der beiden vereint und ein Genie werden wird) und gibt ihr Geld, damit sie Menschen hat, die sich um das Kind kümmern können, und damit sie sich ihrer Kunst widmen kann. Es handelt sich also um einen sehr verständnisvollen Ehemann, der von ihr nicht verlangt, dass sie sich ständig um das Kind kümmert. Aber sie will das Kind haben – viele wunderbare Kinder ...

Das Beschriebene ist weder übertrieben noch eine Karikatur. Es handelt sich um einen sehr ernsten Fall, obwohl er oberflächlich fast wie ein karikaturhaftes Syndrom erscheint. Die Patientin hat bereits mehrere Behandlungen in einer negativen Übertragung abgebrochen und ist voller Hass auf frühere Therapeuten – bis auf einen. Jenen hat sie fast verführt, sagt sie, und noch jetzt hat sie telefonisch Kontakt zu ihm. In ihrer Fantasie ist sie die einzige Patientin, mit der dieser Therapeut lebenslang eine innere Beziehung haben wird, was sie, davon ist sie überzeugt, natürlich verdient. Wenn sie mit den anderen Therapeuten unzufrieden ist, dann kann sie ihn immer wieder anrufen, um sich über diese entsetzlichen Therapeuten zu beklagen.

Nach ein paar Wochen der „idealen Beziehung“, in der ich – „der größte Therapeut“ –, da ist sie vollkommen sicher,– sie, „die größte Patientin“ hat, kommt es zum Sturm. In einer Stunde hatte sie das Gefühl, ich hätte eine leicht ironische Einstellung gegenüber ihrer Behauptung, sie sei die größte Künstlerin der Welt. „Glauben Sie, dass Sie überleben könnten, wenn die Welt Sie nicht als die größte Künstlerin erkennt? Gibt es da eine Möglichkeit zu überleben?“, war meine Frage. Es folgte ein schrecklicher Wutanfall: Ich zweifle an ihr,

sie habe gewusst, dass sie mir nicht trauen könne – und sie stürmte hinaus. Zehn Minuten später bekam ich einen Telefonanruf. Natürlich hatte sie bereits die Nummer meines Handys herausgefunden, ohne dass ich ihr diese direkt gegeben hätte. „Vielen Dank für die Behandlung!“, es sei sehr schön, dass ich mich um sie gekümmert habe. „Bitte schicken Sie mir die Rechnung. Auf Wiedersehen!“ Die Behandlung war beendet.

Ein paar Tage später bekam ich einen verzweifelten Anruf. Sie sei schwer deprimiert und habe – das ist typisch für diese Patientin – kurze Zeiten, in denen sie an sich verzweifelt. Nie werde sie einen Mann bekommen, sie sei sogar eine Verliererin in der Kunst, und ihr Leben sei wertlos. Sie ruft mich inmitten einer schweren Depression an, und ich sage, es wäre vernünftig, wenn sie zur nächsten Stunde käme. Vollkommen hoffnungslos erscheint sie: Ich bin ein Verlierer, sie ist eine Verliererin, es ist alles zwecklos. Sie ist schwer deprimiert. Ihre Familie ist alarmiert, ihre Mutter möchte mit mir telefonieren, denn, da es ihrer Tochter viel schlechter geht als je zuvor, scheine ich etwas falsch zu machen.

In den nächsten Stunden bearbeiten wir ihr Gefühl, wonach ich sie brutal angegriffen habe, und besprechen ihre brutale Wut auf mich, die aufgrund meiner Zweifel in ihr aufgekommen ist. Ihr Imago von mir als dem größten Therapeuten habe ich damit zerstört. Sie ist verzweifelt. Niemand wird ihr helfen, sie ist allein auf der Welt, hat absolut niemanden. Alle ihre Freundinnen sind verheiratet und haben Kinder. Alle bekannten Künstler werden in den Zeitungen erwähnt, aber niemand erwähnt sie, niemand kümmert sich um sie, und kein Mann ist für sie da. So geht das mehrere Stunden.

Langsam versuche ich ihr klarzumachen, dass ihre Wut auf meine Zweifel an ihrer Großartigkeit zur Zerstörung meiner Imago geführt hat, die dann auf sie überging, während sie selbst hoffnungslos war. Ich sagte ihr, dass sie sozusagen die letzte Rettungsinsel in mir zerstört hatte, und jetzt verlor sie mich nicht nur von außen, sondern auch als eine hoffnungsvolle Internalisierung in sich selbst, sodass meine und ihre Entwertung zusammenfielen.

Als die Patientin allmählich verstand, dass ihre Wut über die Enttäuschung darüber, von mir nicht als die größte Künstlerin der Welt gesehen zu werden, dies alles ausgelöst hatte, kam sie langsam wieder zu sich. In einer Stunde dankte sie mir für meine Geduld mit ihr, als sie so wütend auf mich war – ganz im Gegensatz zu früheren Therapeuten, die sich auch mit ihr geärgert hätten. „Ich bin mir nicht sicher, ob sich die Therapeuten mit Ihnen geärgert haben“, antwortete ich, und dass ich durchaus eine große Gefahr sehe, diese Ent-

wicklung könnte sich mit mir wiederholen und die Behandlung würde, wie schon zuvor, inmitten einer solchen Entwicklung scheitern.

Die Behandlung ging weiter – und ein paar Wochen später folgte genau das, was ich schon beschrieben habe. Obwohl wir es durcharbeiteten und sie es scheinbar verstehen konnte, wurde es fortwährend wiederholt, Monat für Monat. Langsam kam es auch zu Wutausbrüchen. Wenn ich nicht sofort ihre Telefonanrufe beantwortete, rief sie mich zu Hause an, und ich musste ihr Grenzen setzen. Sie stellte in Frage, inwieweit ich Anrufe beantworten würde, innerhalb welcher Zeit sie mir Nachrichten hinterlassen könnte usw. Hier handelte es sich um einen Wiederholungszwang, den wir fast als eine gewalttätige Entwertung von mir und der Patientin selbst bezeichnen können.

Die Frage ist: Was bedeutet das alles, und wie kann man es verstehen? Es dauerte Monate, bevor mir – und ihr – klar wurde, dass diesem Wiederholungszwang die verzweifelte Hoffnung zugrunde lag, ich würde ihrer Aggression widerstehen, trotz ihrer wütenden und hasserfüllten Entwertung weiterhin Geduld mit ihr haben, und die Hoffnung, hinter meinem bösen Selbst stünde ein stabiles, gutes Objekt, dem sie vertrauen könnte. Erwähnt werden muss auch noch etwas anderes: In den „guten“ Perioden wurde sie sehr verführerisch. Sie kam zu mir, trug ein tief dekolletiertes Kleid, und wenn sie sich vorbeugte, konnte ich ihr „bis in die Seele“ sehen.

Ich konnte ihr zeigen, dass sie das Gefühl hatte, nur dann meines Interesses an ihr sicher sein zu können, wenn ich sie als Frau sexuell attraktiv fände. Für sie als Sexualobjekt würde ich mich interessieren – aber doch unmöglich für sie als Person. All dies waren kleine Schritte, die nötig waren, um aus ihrer Großartigkeit die tiefe Unsicherheit ihres realen Selbst sozusagen herauszuschälen. Dieser Wiederholungszwang war somit der verzweifelte Versuch, eine gute, feste, beständige Beziehung gegen eine vorherrschende zerstörende Beziehung zu sichern.

Es überrascht nicht, dass der Geschichte dieser Frau eine schwere Familienproblematik zugrunde lag. Die Mutter, eine narzisstische Person, ging ganz in ihrem sozialen Engagement auf und überließ die Töchter den Angestellten. Der Vater war einerseits sehr verführerisch, andererseits egoistisch und unehrlich. Seine Familie brachte er in große Schwierigkeiten, indem er fast das gesamte Vermögen durch Bankspekulationen verlor. Die Patientin, die in ihrer frühesten Kindheit eine ideale Beziehung zu ihrem Vater gehabt hatte, erfuhr so während der Adoleszenz schwere Enttäuschungen, eine Entwertung beider Eltern, und sie hatte das Gefühl, sozusagen als alleinstehendes

Kind nur in der Obhut von Angestellten aufgewachsen zu sein. Zudem hatte ihr Vater dazu beigetragen, dass sie davon ausging, man könne vom Leben Bewunderung erwarten, aber nie wirkliche Liebe.

Diese endlose Wiederholung einer aggressiven Situation, verbunden mit der Hoffnung, hinter der Gewalt könnte doch beständige Liebe vorhanden sein, ist eine typische Form des Wiederholungszwangs. Sie ist aber nicht die einzige. Natürlich wird diese unbewusste Hoffnung immer wieder zerstört. Auch in der Beziehung zu Männern, die zuerst ihren Wünschen entsprachen, fand die Patientin sehr schnell Nachteile, was zu der derselben radikalen Entwertung führte. Dahinter stand noch eine weitere, für diese Patientin sehr typische Problematik, die erst im zweiten oder dritten Jahr der Behandlung auftauchte: Unbewusster Neid gegenüber all jenen, die nicht unter dem Problem leiden, entweder die Größte zu sein oder nichts zu sein, sondern die einfach nur zufrieden sind. Sie nannte dies „die wertlose Mittelmäßigkeit der großen Masse“.

Wiederholungszwang bei der Posttraumatischen Belastungsstörung

Dem Wiederholungszwang liegen auch andere Ursachen zugrunde. Zu den leichteren zählt die Posttraumatische Belastungsstörung. Bei ihr wird ein Trauma immer wieder erlebt. Es handelt sich dabei um einen unbewussten Versuch, die nicht bewältigte traumatische Situation in der Fantasie zu wiederholen, um sich somit langsam von ihr zu befreien. Die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung setzt somit auch darauf, es Patienten in einer sicheren Beziehung zu erlauben, die traumatische Situation immer wieder zu erleben und durcharbeiten.

Neben dieser leichten Form und dem zuvor aufgeführten Patientenbeispiel gibt es aber auch noch weit schwerere Formen, und zwar den Wiederholungszwang als Umkehrung einer traumatisierten Rolle. Dabei ist das ganze Leben des Patienten davon bestimmt, ein Trauma mit Rollentausch zu wiederholen.

Kasuistik

Eine Patientin wurde während ihrer Kindheit ständig von der Mutter geschlagen. Wenn sie wütend war, packte die gewalttätige Mutter das

kleine Mädchen an den Armen, drehte es herum und stieß es gegen die Wand. Am Turnen traute sich das Kind wegen der blauen und grünen Flecke nicht teilzunehmen. Nach schweren Suizidversuchen kam sie als eine der Patientinnen unseres Forschungsprojektes zu mir in Behandlung. Immer wieder nahm sie Medikamente ein, fiel ins Koma und wurde im letzten Moment in Spitälern gerettet. Trotz der schweren Vergiftungen hatte sie zum Glück noch keine organischen Schäden.

Auch diese Patientin brach mehrere Behandlungen ab. Hier wurden von Seiten der Therapeuten die Behandlungen beendet, denn es war kaum möglich, diese Frau auszuhalten. Wie schon erwähnt, unternahm sie ohne erkennbare Depression schwere Suizidversuche. So versuchte sie etwa, wenn irgendetwas sie wütend machte, ernstlich Selbstmord zu begehen, und zwar nicht nur einen pseudo-dramatisierten Selbstmord, indem sie massenhaft Medikamente schluckte.

Für ihre Behandlung stellte ich eine Bedingung: Immer, wenn sie den Wunsch haben würde, sich das Leben zu nehmen, sollte sie dies mit mir in der nächsten Stunde diskutieren. Wenn sie die Suizidalität nicht kontrollieren konnte, sollte sie die Unfallstation eines Krankenhauses aufsuchen, wo man sie, wenn nötig, aufnehmen würde. Die Behandlung würden wir dann nach ihrer Entlassung fortführen.

Die Patientin geriet über meinen Vorschlag in rasende Wut. Sie sagte: „Das kann man nicht von mir verlangen! Wenn ich Selbstmord begehen will, dann will ich Selbstmord begehen und nicht nachdenken, ob ich das kontrollieren kann oder nicht“. Ich erwiderte, ich verstehe, dass sich mein Vorschlag von dem unterscheidet, was sie bislang erlebt habe. Das sei aber eine absolute Voraussetzung, um von mir und unserer Gruppe behandelt zu werden. Drei oder vier Stunden diskutierte sie mit mir darüber, dann nahm sie endlich wütend an. Die Behandlung begann, indem die Patientin schwieg. Sie sagte kein Wort während der ersten Stunde.

Die Behandlung, so hatte ich ihr erklärt, sei eine Art Zusammenarbeit. Während unserer Sitzung könne sie alles, was ihr durch den Kopf gehe, frei sagen, und wann immer ich das Gefühl hätte, zu ihrer Kenntnis über sich selbst etwas beitragen zu können, würde ich dies tun.

Ich fragte die schweigende Patientin, welche Schwierigkeit sie damit habe, zu sagen, was in ihr vorgehe. Sie sagte nichts, sah mich ruhig an. Ich sagte ihr, dass ich das Gefühl habe, sie leide nicht unter ihrem Schweigen, sondern sei ganz zufrieden damit. Daraufhin

sah sie mich ironisch an. Jetzt, sagte ich, hätte ich das Gefühl, es mache ihr Spaß, dass ich versuche, sie zum Sprechen zu bringen und sie dies kontrollieren könne. Sie sah mich noch ironischer an. Darauf bemerkte ich, ihr suizidales Verhalten drücke sich jetzt darin aus, diese Stunde zu zerstören. Da sie akzeptiert hätte, sich nicht das Leben zu nehmen, sondern in ein Krankenhaus zu gehen oder mit mir zu diskutieren, sei sie nun als Ersatz dafür dazu bereit, jede Stunde mit mir zu zerstören.

Das soeben Beschriebene ist eine typische Technik im Umgang mit schweigenden Patienten: Man stimuliert sie zuerst, sagt ihnen später, was vermutlich in ihnen vorgeht, und ermuntert sie, zu sprechen. Dann stellt man die Frage, welche Schwierigkeiten sie in dieser Beziehung haben, und schließlich folgt die Deutung: Der Therapeut sagt, was er in dem Verhalten des Patienten ihm gegenüber sieht. Dieses Vorgehen, der Suizidalität Grenzen zu setzen und diese sofort, direkt in den Stunden zu deuten, ist sehr effektiv, um die nicht depressive Suizidalität bei schweren Persönlichkeitsstörungen zu kontrollieren.

Nach ungefähr zehn Behandlungsstunden dieser Art schrie die Patientin empört: „Das ist doch alles Quatsch, was Sie sagen! Sie verstehen überhaupt nichts! Ich habe kein Wort davon gesagt, das sind doch alles Ihre Erfindungen! Hier geht nichts voran, hier passiert gar nichts!“ Ich erwiderte: „Es freut mich, Sie stimmen mit mir überein, dass es darum geht, die Behandlung zu ermorden!“ Das war der Beginn einer jahrelangen Zusammenarbeit.

Im Verlauf dieser Behandlung wurde die Patientin immer freier in ihren Aggressionen gegen mich. Wir setzen unseren Patienten Grenzen, beschränken Aggression und Sexualität: Sie dürfen uns nicht angreifen, nichts in unserer Praxis zerstören, sich nicht nackt ausziehen oder versuchen, den Therapeuten sexuell anzufallen. Dennoch gibt es Fälle, in denen sich die Patienten nicht daran halten. Eine Patientin etwa versuchte, einem unserer besten Therapeuten das Hemd herunterzureißen und ihn zu küssen, während wir dies alles mit der Videokamera aufnahmen, wie es im Rahmen unserer Forschung üblich ist.

Es werden also Grenzen gesetzt. Trotzdem passierte es mir bei dieser Patientin, dass sie einmal mit einer Schere alle meine Pflanzen abschnitt, bevor ich reagieren konnte. Ich war gerade fünf Minuten nicht im Raum und konnte, als es schon zu spät war, nur noch sagen: „Die Stunde ist jetzt zu Ende. Ich erwarte, dass Sie mir bis Ende des Monats all meine Pflanzen bezahlen, um sie zu ersetzen.“

Diese Patientin zerstörte ein anderes Mal das Schloss meiner Tür, als sie diese wütend zuschlug, und sie erwartete mich manchmal spät am Abend im Vorderhof des Spitals. Ich war damals Spitaldirektor. Sie stand neben meinem Auto und schrie mich an, sodass es sicher alle Patienten hören konnten: „Otto, Du Arschloch, wann fährst Du eigentlich los ...?“

Ein anderes Mal schlich sie sich bei der Hochzeit meiner jüngsten Tochter ein, um mir dann triumphierend alles zu beschreiben, was an dem Abend geschehen war. Wenn ich von Gewalttätigkeit spreche, meine ich ein solches Verhalten.

Im Verlauf der Behandlung wurde klar, was geschah: Die Patientin identifizierte sich unbewusst mit ihrer sadistischen Mutter, und ich wurde in ihre eigene Rolle versetzt. Immer wieder erlebte sie ihre Mutter in der Beziehung zu mir, und dann war sie nicht mehr die misshandelte Tochter, sondern sie begab sich in die Rolle der triumphierenden Mutter. Es gab aber auch Sitzungen, gegen deren Ende sie entsetzliche Angst hatte und plötzlich das Gefühl entwickelte, sie könne die Sitzung nicht beenden. Sie wollte bleiben. Und als ich sagte, „die Sitzung ist zu Ende“, aufstand und ihr die Tür wies, verließ sie weinend, wie eine klagende Madonna, den Raum. Meine Sekretärinnen sahen mich entsetzt an, als ob ich ihr weiß Gott was angetan hätte. Das heißt, es gab also auch Momente, in denen sie mich als sadistische Mutter empfand und sich als mein Opfer. Ähnliche Situationen mit Rollentausch wiederholten sich immer wieder.

Der Wiederholungszwang geht also auf einen unbewussten Rollentausch und die unbewusste Aktivierung einer sadistischen Beziehung zurück mit dem Gefühl: Zum Sadist werden ist die einzige Überlebensalternative. Das ist die Dynamik misshandelter Kinder, die später dann selbst zu misshandelnden Eltern werden.

Syndrom der „toten Mutter“

Es gibt weitere Formen des Wiederholungszwangs. André Green¹⁰, der bedeutende französische Analytiker, beschrieb das „Syndrom der toten Mutter“. Patienten, deren Mutter schwer depressiv war, können diese Beziehung unbewusst nie aufgeben. Sie haben den unbewussten Wunsch, diese Mutter, die als tote Mutter empfunden wur-

10 Green A (2004) Die tote Mutter: Psychoanalytische Studien zu Lebensnarzissmus und Todesnarzissmus. Psychosozial, Gießen

de, zu begleiten. Indem sie sich selbst tot fühlen, identifizieren sie sich unbewusst mit dieser Mutter und halten zugleich an der Beziehung zu dieser toten, inneren Mutter fest.

Es sind Patienten, die in der Behandlung vollkommen indifferent sind, denen nichts etwas ausmacht, die auf jede Erklärung des Therapeuten erwidern: „Und? Was soll ich damit anfangen? Schön, Sie haben vollkommen recht, na und?“ Das heißt, alles, was vom Therapeuten kommt, wird immer wieder zerstört. Nichts passiert, und der Patient sagt: „Tun Sie was, wenn Sie können“. Das kann jahrelang so gehen. Es ist also ein Wiederholungszwang als einzige Möglichkeit einer Beziehung, die jede menschliche Beziehung zerstört.

Syndrom der Arroganz

Noch eine andere Form des Wiederholungszwangs ist das Syndrom, das Wilfried Bion¹¹ als das „Syndrom der Arroganz“ beschrieben hat. Es handelt sich um eine außerordentlich entwertende Art von Neugier gegenüber dem Therapeuten mit Zerstörung jeder Möglichkeit der kognitiv gesteuerten Kommunikation.

Eine Patientin sagte zu Beginn einer jeden Stunde ironisch: „So, und was sagen Sie mir heute?“ Jeder meiner Versuche, eine ernsthafte Beziehung zu ihr aufzubauen, führte bei ihr sofort zu einem Wutanfall. Während mich die Patientin angriff, sagte sie, *ich* würde sie angreifen und ihr nicht zuhören: Sie unterbrach mich ständig. „Ich versuche, Ihnen etwas zu sagen“, sagte ich, und sie fuhr dazwischen: „Jetzt unterbrechen Sie mich schon wieder!“ Obwohl es im Allgemeinen nicht allzu schwer ist, in einen Schreikrampf mit Patienten zu verfallen, war diese Patientin doch sehr geschickt darin, mich immer wieder sofort zu unterbrechen. So wurde auch mein Versuch, ihr zu sagen, dass sie mich unterbrechen würde, unterbrochen. Zudem wirkte es so, als stünde die Patientin unter Drogen oder als sei sie betrunken.

Jedenfalls handelte es sich um eine hochintelligente Frau, mit der man sich unmöglich verständigen konnte, die aber gleichzeitig genau auf mein Leben achtete. Meine Frau und ich hatten das gleiche Auto mit unterschiedlichem Kennzeichen und in etwas verschiedener Farbe. Bei einer Reparatur wurden die Kennzeichen verwechselt. Selbst

11 Bion WR (1957). An Arroganz, 20. International Congress of Psycho-Analysis, Paris. In Bion WR, Second Thoughts 1967