Lindauer Texte

Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung

Herausgeber:
P. Buchheim M. Cierpka Th. Seifert

P. Buchheim M. Cierpka Th. Seifert (Hrsg.)

Psychotherapie im Wandel

Abhängigkeit

Unter Mitwirkung von
J. Cremerius, H. Enke, M. Ermann, P. Hahn, F. Heigl,
A. Heigl-Evers, V. Kast, O. F. Kernberg, W.-V. Lindner,
W. Mertens, Ch. Reimer, I. Riedel, Ch. Rohde-Dachser,
G. Rudolf, P. Sloterdijk, R. Welter-Enderlin und
M. Wernado

Springer-Verlag
Berlin Heidelberg New York
London Paris Tokyo
Hong Kong Barcelona Budapest

Vorwort

Während der Lindauer Psychotherapiewochen werden Jahr für Jahr aktuelle Themen der Psychotherapie aufgegriffen und in Vorträgen, Vorlesungen und Seminaren intensiv bearbeitet. Das Interesse an lesenswerten Beiträgen zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung nimmt über den Teilnehmerkreis der Lindauer Psychotherapiewochen hinaus weiter zu. Auch wenn nach wie vor viele der Vorträge zu den aktuellen psychotherapeutischen Themen in der Zeitschrift "Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik" veröffentlicht werden, erscheint uns eine Zusammenfassung der wesentlichen Referate in Buchform lohnenswert. Wir knüpfen auf diese Weise auch an eine frühere Tradition an, denn die Vorträge der ersten Psychotherapiewochen sind seinerzeit bereits als Kongreßbände erschienen.

In Zusammenarbeit mit dem Springer-Verlag haben wir uns daher entschlossen, einen Teil des Vortragsprogramms als *Lindauer Texte* herauszugeben, und wir danken Herrn Prof. Graf-Baumann und Herrn Dr. Thiekötter, daß sie unsere Bemühungen, die Basis für eine fundierte psychotherapeutische Fort-und Weiterbildung zu erweitern, so freundlich unterstützt haben.

Von den Leitthemen der 40. Psychotherapiewochen "Wandel in der Psychotherapie" und "Abhängigkeit" sind in diesem ersten Band der *Lindauer Texte* 17 Arbeiten zu diesen Themen aufgenommen worden, die z.T. überarbeitet wurden. Die Autoren behandeln nicht nur die relevanten klinischen und theoretischen Fragen, sondern es werden von ihnen auch Perspektiven und Visionen eröffnet, philosophische Aussagen reflektiert und historische Überblicke dargestellt.

Das Thema der ersten Woche "Psychotherapie im Wandel" beleuchtet grundlegende Gesichtspunkte zur Entwicklung der Psychotherapie und weist auf Wendepunkte hin, die auch für die Geschichte der psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung in Lindau charakteristisch sind.

Die Beiträge zum zweiten Leitthema "Abhängigkeit" heben die zwischenmenschlichen, therapeutischen, gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Aspekte eines der großen Probleme unserer Zeit hervor.

Wir danken den Autorinnen und Autoren für ihr großes Interesse und ihre hilfreiche Mitwirkung bei der Zusammenstellung dieses Bandes. Da nur relativ wenig Zeit zur Bearbeitung des Bandes zur Verfügung stand, gilt unser besonderer Dank Frau Regine Karcher-Reiners für ihr großes Engagement bei der umfangreichen und oft schwierigen redaktionellen Arbeit an den Manuskripten und Frau Anna Buchheim für die sorgfältige Aufbereitung und intensive Bearbeitung der Texte am PC bis zur druckreifen Layoutgestaltung.

Wir hoffen, daß wir mit diesem Band unseren Leserinnen und Lesern nicht nur eine interessante Lektüre bieten, sondern den Teilnehmern der 40. Lindauer Psychotherapiewochen ermöglichen, sich mit der Fülle der Informationen, den schöpferischen Gedanken und kritischen Stellungnahmen zu den beiden Leitthemen nochmals durch Lesen oder Nachschlagen zu beschäftigen.

München/Ulm/Stuttgart im März 1991

Peter Buchheim
Manfred Cierpka
Theodor Seifert

Mitarbeiterverzeichnis

Cremerius, Johannes, Prof. Dr. med.
Obere Schneeburgstraße 24, D-7800 Freiburg

Enke, Helmut, Prof. Dr. med.
Am Hochsträß 8, D-7900 Ulm

Ermann, Michael, Prof. Dr. med.
Nußbaumstraße 7, D-8000 München 2

Hahn, Peter, Prof. Dr. med.
Bergheimer Straße 58, D-6900 Heidelberg

Heigl-Evers, Annelise, Prof. Dr. med.
Bergische Landstraße 2, D-4000 Düsseldorf 12

Heigl, Franz, S., Prof. Dr. med.
Hainbundstraße 34, D-3400 Göttingen

Kast, Verena, Prof. Dr. phil.
Hirtenstraße 15, CH-9010 St. Gallen

Kernberg, Otto F., M. D.
21 Bloomingdale Road, White Plains, N.Y. 10605, USA

Lindner, Wulf-Volker, Prof. Dr. med.
Isestraße 117, D-2000 Hamburg 13

Mertens, Wolfgang, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych.
Osterwaldstraße 151, D-8000 München 40

Reimer, Christian, Prof. Dr. med.
Wilhelm-Klein-Straße 27, CH-4025 Basel

Riedel, Ingrid, Dr. phil., Dr. theol.
Sackgasse 1, D-7750 Konstanz

Rohde-Dachser, Christa, Prof. Dr. rer. biol. hum.
Senckenberganlage 15, D-6000 Frankfurt 45

Rudolf, Gerd, Prof. Dr. med.
Thibautstraße 2, D-6900 Heidelberg

Sloterdijk, Peter, Dr. phil.
Dollmannstraße 13, D-8000 München 90

Welter-Enderlin, Rosmarie, Master of Social Science
Dorfstraße 94, CH-8706 Meilen

Wernado, Mario, Dr. med.
Zu den drei Buchen 1, D-5948 Schmallenberg 2

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Psychotherapie im Wandel

Was ist in der Psychotherapie verlorengegangen? - *P. Hahn* 1

Wandlungen psychotherapeutischer Konzepte - *O. F. Kernberg* 8

Was hat sich in den theoretischen Grundlagen der Psychotherapie gewandelt? - *W. Mertens* 20

Die Auswirkungen des Geschlechtsrollenwandels auf Theorie und Praxis der psychoanalytisch-orientierten Psychotherapie - *Ch. Rohde-Dachser* 45

Wandlungsprozesse in Behandlungen. Behandlungstechnik oder Geheimnis? - *V. Kast* 61

Wandlungen der Psychotherapie und Psychoanalyse im Spannungsfeld des Nationalsozialismus - *M. Ermann* 76

Persönliche Veränderung als Voraussetzung für Psychotherapie - *J. Cremerius* 88

Was hat sich gewandelt in der Gruppenpsychotherapie? - *W.-V. Lindner* 100

Die Beziehung zwischen Psychotherapieforschung und psychotherapeutischer Praxis - *G. Rudolf* 113

Perspektiven und Visionen - *H. Enke* 130

Teil 2 Abhängigkeit

Weltsucht - *P. Sloterdijk* 45

Therapeutisches Handeln bei Abhängigkeit und Sucht unter psychoanalytischem Aspekt - *A. Heigl-Evers* 164

Menschenbild und Therapiekonzept in der Systemtheorie - *R. Welter-Enderlin* 182

Die Kunst der Abhängigkeit - *I. Riedel* 197

Über Mißbrauch von Abhängigkeit in der Psychotherapie - *Ch. Reimer* 212

Beziehungskonstellationen in der Suchtkrankentherapie - *F. Heigl, A. Heigl-Evers* 233

Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland - *M. Wernado* 244

Was ist in der Psychotherapie verloren gegangen?

Peter Hahn

"Psychotherapie im Wandel" - wie ganz nebenbei tauchte in den Besprechungen des Beirates zur Vorbereitung dieses Themas die Frage auf, ob in dem Wandel nicht vielleicht auch vieles verloren gegangen sei. Eine Frage, der zunächst fast alle Anwesenden spontan bejahend zustimmten, zu der aber bei der weiteren Besprechung immer skeptischer die Überlegungen kamen, was denn eigentlich "verloren" gegangen sein könne - Namen, Techniken, Kenntnisse, Atmosphäre ? Ob es nicht eher ein "Vergessen" sei, ein Weniger-beachtet-werden, Für-unwichtiger-gehalten-werden oder gar eine bewußte Überwindung? Und dann natürlich: Wer soll den Vortrag halten?

Die Leitung zeigte spontan auf mich und nannte "Heidelberg". Ich sagte "danke schön" und nannte "Würzburg" (von Gebsattel, Wiesenhütter) und "Hamburg" (Jores, Meyer). Wir rangelten ganz erheblich. Als Kompromiß kam heraus, daß ich - erpreßbar aus alter Verbundenheit - ausgerüstet mit einigen Reminiszenzen an die "gute alte Zeit", gestärkt von dem Versprechen Helmuth Stolzes zur Unterstützung und in Hoffnung auf eine rege Beteiligung des Beirates bei der Auflistung des "Verlorenen", kurzfristig vor der Drucklegung des Programmes zusagte.

O si tacuisses! Dieses Wort ging mir nicht aus dem Kopf, als ich beim Näherrücken der Termine an das "Verlorene" denken mußte. Nichts ist verloren - kam mir trotzig in den Sinn: alles ist erhalten, wenn auch vielleicht in einer etwas veränderten Form. Es wird Speer genannt und Heyer, es gibt weiterhin das Autogene Training, die Hypnose und J.H. Schultz. V.v.Weizsäcker feiert eine literarische Auferstehung (sogar H.E. Richter hat seine Giessener Behausung nach V. v. Weizsäcker benannt), die Würzburger Schule wird unter Lang, dem Nachfolger von Gebsattel, Wiesenhütter und Wyss, weiterblühen - was also ist vergessen, verloren?

Vielleicht etwas Suggestivtherapie, einige Testuntersuchungen, die Ausdrucks-psychologie und die Graphologie? Etwas Freiburg und etwas Daseinsanalyse? Aber: kein Jung ist verloren und kein Adler. Alles blüht, entwickelt sich und trägt Früchte im Garten der Psychotherapie.

Eine eigenartige Vorstellung:
Alles "im Wandel", und doch alles da?
Wie kann das möglich sein?
Und - worum geht es eigentlich?
Um Auflistung des Gewesenen, um eine Art Vollständigkeit? Um Veteranenerinnerungen oder Trauerarbeit?

Was heißt denn eigentlich: verloren? Wann sage ich: Ich habe etwas verloren?

Ein Verlust ist etwas Schmerzliches. Etwas Wertvolles, Notwendiges ist plötzlich nicht mehr da. Es ist mir abhanden gekommen - gegen meinen Willen. Es ist mir nicht gewaltsam genommen worden, nein, ich selbst habe es - aus Nachlässigkeit oder Achtlosigkeit - verloren. Irgendwo ist es liegengeblieben. Es ist wohl noch da, aber ich finde es nicht, und es steht mir nicht mehr zur Verfügung. Selten, gelegentlich denke ich daran. Meist schmerzt es. Dann versuche ich zu vergessen, es herunterzuspielen oder zu ersetzen. So geht es mit Gegenständen. Und mit Menschen? Meine Freunde, Verwandten, Eltern, die ich verloren habe? Sind sie verloren, vergessen oder nur aus meinem gegenwärtigen Lebenskreis verschwunden? Oder: Habe ich mich vielleicht "aktiv", vielleicht "konfrontativ" von ihnen getrennt? Wie bewältige ich den Verlust, die Trauer? Gibt es vielleicht ein "Weiterleben" - ein verborgenes, ein noch nicht wiederentdecktes, oder ist das Verlorene wirklich verloren? Nun - Lindau. Der nächste Schritt: die Psychotherapie. Natürlich ist "Lindau" nicht gleichzusetzen mit "Psychotherapie".

Aber 40 Jahre Lindau haben sehr vieles widergespiegelt. Lindau war vorurteilsloser, offener, experimentierfreudiger und menschlich-kollegial duldsamer als Psychotherapieschulen an anderen Orten. Lindau wollte zwar keine Schule sein, aber es war auch mehr als eine bloße Begegnungsstätte.

Ich glaube, das war und ist es, was mich so angezogen hatte. Schon 1957, erstmalig, und dann in den folgenden Jahren, wenn z.B. Marianne Fuchs und Knut Fink-Eitel von den Psychotherapiewochen in Lindau sprachen oder Helmuth Stolze im Sprechzimmer von Paul Christian stand. Ich hatte die Institute in München, Göttingen, Heidelberg und Berlin kennengelernt. Ich hatte dabei sowohl Offenheit als auch Enge erfahren. Lindau erschien dann auch mir immer wie eine - für die Psychotherapie fast lebensnotwendige - Ergänzung. Hier konnten sich Experimente und Gespräche in einem vom Institutsdruck freien Raume entfalten - es konnte erfahren, gelehrt und diskutiert werden; akademische Richtungen waren nicht mehr bevorzugt als alternativ eigenständige Weiterentwicklungen.

Was ist nun verloren gegangen davon? Ich zweifle wieder, werde aber versuchen, meinem Auftrag nachzugehen.

Die Atmosphäre ?

Natürlich war es etwas anderes, in einem halbvollen bis manchmal ganz vollen Stadttheater zu sitzen - Speer, Heyer, J.H. Schultz nebst Frauen nebeneinander in der ersten Reihe - und die Vorträge zu hören, die jeder Teilnehmer hörte. Es gab keine A, B, C, D, usw. - Karten, auch war keine Veranstaltung überfüllt, und wenn man anreiste, konnte man hineingehen und z. B. Helmuth Stolze auf der Straße noch um Studentenermäßigung bitten. Fast alle Teilnehmer kannten sich, und wenn man tagsüber noch nicht genug geredet hatte, saß man abends im "Lieben Augustin", in der "Fischerin" oder fuhr nach Tettnang ins "Rad" zum Spargelessen .

Hugo Ehrhardt - vergessen oder verloren? Ich glaube, das "Rad" in Tettnang gibt es noch und die 121 Spargelgerichte, die damals auf der Karte angeboten wurden. Aber der Wirt sitzt nicht mehr am Eingangstisch und nickt nicht mehr jedem seiner Gäste freundlich zu. Verloren und vergangen ist sicher auch, daß wir alle jünger waren. Dafür sind jetzt andere da.

Etwas verloren?

Verloren und vielleicht - vielleicht zu leicht vergessen - ist auch, daß damals mit der Psychotherapie überhaupt nichts zu gewinnen, aber sehr vieles zu verlieren war. Das verändert die Atmosphäre schon.

Und die kleinen Gruppen? Sie sind nicht verloren; sie sind zahlreicher geworden. Verloren ist wohl wirklich nur, daß sich alle kannten.

Vorbei und vergangen ist allerdings die Atmosphäre der Nachkriegszeit. Die umgefärbten Militärmäntel, in denen viele der Kollegen noch gingen, die Vertrautheit mit dem "in einem Raum frieren können", mit dem Improvisierten und später dann mit dem Staunen über die ersten Autos, die sprunghafte Zunahme an Wohlstand und die permanente Ambivalenz gegenüber der akademischen Lehre.

Die Namen?

Das Vergessen oder Verlieren von Namen in der Wissenschaft ist kein Charakteristikum der Psychotherapie. Trotz "Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten" - Freud hatte eine Sammlung antiker Statuetten; sie waren fast alle "verloren" gewesen und sind wiederentdeckt worden. Aber die, die wirklich verloren sind, kennt niemand. Vielleicht vermutet man sie aus den Schilderungen Dritter und sicher nicht alle.

Wenn sie genannt werden, sind sie schon wieder Gegenwart und nicht mehr verloren. Ich möchte also auf die Aufzählung einer langen Liste von Namen verzichten, die hier selten genannt werden oder fast vergessen sind, obwohl sie einmal im Brennpunkt der Aufmerksamkeit gestanden haben. Es ist wohl eher die Aufgabe der Historiker und der Vertreter bestimmter Richtungen, das Gedenken an ihre Vorväter zu bewahren.

Als Beispiel, vielleicht als "Test" möchte ich nur einige - nach meinem Gefühl verlorene - Namen nennen: Wer erinnert sich an Teirich, der die Gruppentherapie in Freiburg begründete und offen im Kreis über das Scheitern seiner ersten Studentengruppe meditierte? Hengstmann war ein praktischer Arzt aus Hamburg, der das Autogene Training in seine tägliche Praxis einführte und sich dem Patientenansturm dadurch zu erwehren wußte, daß er formelhafte Vorsatzbildung benutzte "ich sehe den anderen", und Robert Heiss war ein Akademiker, der als Psychologe seine Sympathie für Heilmeyer und die internistische Psychosomatik nicht verbarg und einer der Ziehväter von Helmut Enke gewesen ist. Wer erinnert sich noch an seinen Farbpyramidentest?

Nun, diejenigen von Ihnen, die den 40 Jahres-Bericht gelesen haben, werden noch auf viele andere Namen stoßen, die vergessen sind - aber jetzt eben nicht verloren - da sie erneut gedruckt worden sind. Mit den Inhalten ihrer Vorträge verbinden sich aber oft nur noch Assoziationen und wenig genaue Vorstellungen.

Die Inhalte?

Hier möchte ich unterscheiden: Fertigkeiten, Kenntnisse und Lehren.

Welche *Fertigkeiten* sind verloren gegangen? Gibt es in der Psychotherapie eine ähnliche Erscheinung wie in der klinischen Medizin, in der Untersuchungsmethoden, wie z. B. die Auskultation und Palpation, nur noch symbolische Handlungen, vielleicht als Nothilfeanleitung auf dem Lande, geworden sind? Sonographie und Echokardiographie ersetzen diese unmittelbaren Brücken zum Patienten.

Deutet sich nicht auch in der Psychotherapie eine Gefahr an: Beschwerden- und Anamneselisten, in naher Zukunft computergerecht gerüstet, Fragebögen, Befindlichkeitsskalen usw. könnten dazu verführen, das Gespräch, die unmittelbare Verständigung mit dem Patienten zu kürzen oder vielleicht mit weniger Aufmerksamkeit zu versehen.

Gemessen an der großen - und manchmal fast etwas zu tiefsinnigen Bedeutung, die eine ganze Generation von Psychotherapeuten in den 50er Jahren dem

"Gespräch", dem "Dialog", der "Begegnung" gewidmet hatte, scheint hier allerdings in der Tat etwas verloren gegangen zu sein.

Vielleicht hatte es seinen Sinn, daß eine nachfolgende jüngere Generation die allzu hochstilisierte "Partnerschaftlichkeit" nicht mehr akzeptierte und in der Psychotherapie einer nüchternen Analyse der Kommunikations- und Beziehungsstrukturen den Vorzug gab. Aber: "Kennt die Psychologie noch den Menschen?" (Görres). Hier mag der rückwärts gerichtete Blick tatsächlich nachdenklich stimmen.

Es gab einmal ein *Handbuch der Neurosen* (1959), das in fünf Bänden das gesamte psychotherapeutische Nachkriegswissen zusammengetragen hatte. Wer waren die Verfasser, die Herausgeber? Die Themen gingen von der Methodik über die Fehlhaltungen und Neurosenlehren bis zur Sozialmedizin und Internationalität. Darstellungen über den "Körper", die Medikamente, hatten darin die gleiche Selbstverständlichkeit wie Darstellungen über die Entwicklung der Psychotherapie, der Psychoanalyse und der verschiedenartigsten therapeutischen Techniken. H. Häfner schrieb damals über das "Gewissen" und "Wertvorstellungen" in der Psychotherapie. Ist das vergessen, verloren, überholt?

Was bedeutet es, daß sich die Aufmerksamkeitsrichtung auch in der Psychotherapie so gewandelt hat, und z.B. in der Forschung nur noch Projekte ernstgenommen werden, die in der Drittmittelförderung mindestens eine 6stellige Zahl aufweisen, und nur wenn sie in Englisch veröffentlicht worden sind? Vom *Handbuch der Neurosenlehre* gibt es keine englische Fassung. Auch von anderen Büchern läßt sich eine Übersetzung schwer denken. Ich nenne als Beispiel die Festschrift zum 80. Geburtstag von V. v. Gebsattel *Werden und Handeln* (Hrsg. E. Wiesenhütter 1963).

Solche Werke sind für die gegenwärtige Wissenschaft nicht existent. Sie sind zwar zitierfähig, stehen auch in den Bibliotheken, haben aber keine Häufigkeitsindizes und sind damit - auch für die jüngere Generation - so etwas wie verloren. Wenn z. B. in einem jüngst über die ganze Welt verbreiteten *Lehrbuch der Psychoanalyse* die Bedeutung der dyadischen Struktur neuentdeckt wird, so waren für diese die viel differenzierteren Erkenntnisse, die in solchen Werken zusammengetragen waren, verloren.

Es wäre dies eine interessante Stelle zu fragen, wieviel Verdrängungsleistung auch der älteren Urheber solcher Werke dazu beigetragen hat, die ihnen wohl bekannten Kenntnisse nicht zu erwähnen (z.B. H. Thomä und die Bipersonalität). Als Beispiel erlaube ich mir, Ihnen gerade aus diesem Buche einige Namen und Überschriften zu zitieren:

Ludwig Binswanger:	Über die Liebe und die Intuition
Frederik J. J. Buytendijk:	Gedanken über das Reifen

Paul Christian:	Kybernetik und Gestaltkreis als Erklärungsweisen des Verhaltens
Alois Dempf:	Menschenlehre heute
Helmut Kuhn:	Wissenschaft der Praxis und praktische Wissenschaft
Walter Schulte:	Der nächste Patient
Herbert Plügge:	Die anthropologische Problematik des Nil nocere
Heinz Häfner:	Psychosomatische Medizin und Leibphänomenologie
Eugen Kahn:	Über Krisen

Wir sind unversehens bei den *Kenntnissen* und *Lehren* angekommen.

Der didaktische Impuls von H. Schultz-Hencke ist nicht verloren gegangen, aber es wird ihm übelgenommen, daß er zu einem Zeitpunkt, an dem die Psychoanalyse noch im Höhepunkt ihrer Orthodoxie war, weitergedacht hatte. Weiterhin wollte man den Grund für seine "terribles simplifications" nicht verstehen.

Kenntnisse sind mitteilbare, nachvollziehbare, vermittelbare Erfahrungen, die die individuelle Erfahrung und Wirklichkeit des Lernenden fördern und sicherer machen. Solche Kenntnisse werden an Kriterien gemessen, die in den verschiedenen Wissenschaftsbereichen verschiedene Gewichtigkeit haben.

Warum sich die Gewichte für solche Verschiedenheiten verschoben haben, und warum sie zum Teil aktiv "vergessen" werden, eben damit sie verloren gehen, ist nicht immer ganz leicht zu ersehen.

In der auch für Lindau wichtigen "dialogischen Phase" der Psychotherapie waren solche Wissenschaftskriterien *Plausibilität* und *Evidenz*, die neben einer "wissenschaftlichen Einstellung" der Lehrenden zur Vermittelbarkeit beitrugen. Für die heute sogenannte "empirische Forschung" sind es die Kriterien der *Objektivität*, der *Reliabilität*, *Validität* usw. Aus solchen Kriterien wird die Verläßlichkeit in der Vermittlung von Kenntnissen und Lehren abgeleitet. Jede andere Erkenntnismöglichkeit und Einwirkungsmöglichkeit werden als un- oder vorwissenschaftlich angesehen. Die Frage nach der jeweiligen Angemessenheit der Methode rückt in den Hintergrund gegenüber dem Ideal einer möglichst klaren Methodengerechtigkeit. Hier droht - so denke ich - vieles verlorenzugehen. Je mehr sich die Leitphantasien der Psychotherapie den Leitphantasien eines reibungslosen, vier- bis siebenfach abgesicherten technischen Ablaufes zu nähern beginnen und eine Anpassung stattfindet, die in dem Ideal einer totalen Durchsichtigkeit, etwa der Computergerechtigkeit, ihr menschliches und technisches Ziel sieht. Zwar ist hier noch nichts verloren gegangen, aber hier droht es möglicherweise verlorenzugehen, wenn nicht der Mut zum Rückblick, zur Bescheidenheit und Bereitwilligkeit, das

jeweilig geprägte Wahrnehmungsmuster zu überprüfen und auf die Angemessenheit zu befragen als Kriterien erhalten bleiben. Die Diskussion, z.B. um den "Körper", die uns im nächsten Jahre beschäftigen wird, hat auch J.H. Schultz in seiner *Bionomen Psychotherapie* schon lange vor uns geführt. Sie wurde vergessen und trat an vielen Stellen zugunsten des Autogenen Trainings in den Hintergrund, weil die Aufmerksamkeit auf die Differenzierung der Psychoanalyse gerichtet war. Heute gibt es Cremerius und Tilmann Moser - Namen, die modern und gut klingen. Warum haben sie damals, als man das eigentlich alles schon hätte wissen können, solche Erkenntnisse noch abgewehrt? Vielleicht sogar solche "Fehler" gemacht? Es ist hier sicher nicht der Ort, die Vorzüge oder die Nachteile der einzelnen Ansätze gegeneinander aufzuwiegen. Aber es stimmt doch traurig, wenn scheinbar neue Kenntnisse, Weiterentwicklungen und Korrekturen früherer Fehler sich mit dem Prädikat einer Weiterentwicklung schmücken, die an anderen Stellen bereits differenzierter und tiefgründiger vorweggenommen worden sind.

Das Vor-urteil aus der Position eines immanenten Recht-habens kann leider auch beim Wandel der Inhalte bestehen bleiben. Dazu ist es nützlich, sich von Zeit zu Zeit nach Art eines dialektischen Sprunges besonders auf das Vergessene und Verlorene zu beziehen. Es läßt sich dann auch vielleicht vermeiden, was man im Wissenschaftsjargon heute den Gebrauch der "Zitierungskartelle" nennt.

So - meine ich - sind wir gerade durch die Möglichkeit zum Rückblick in einen Kreisprozeß eingebunden, der von Zeit zu Zeit immer wieder neu durchschritten werden muß. Die Ehrfurcht vor der Eigenständigkeit der Vergangenheit, das Staunen, auch die Bewunderung für die Leistungen der früheren Generationen scheint mir - bei aller Abgrenzung der Gewichtung für die Gegenwart - gerade für uns Psychotherapeuten, die wir aus der Analyse der Biographie eine besondere Beziehung zur Historie haben, ein essentielles Kennzeichen zu sein. Es wäre dies eine Einstellung, eine Leitlinie, die fast in die Nähe der für das "Hier und Jetzt" geltenden "Ehrfurcht vor dem Leben" (A. Schweitzer) rücken könnte. Bescheidenheit müßte die Folge sein und manchmal auch Dankbarkeit.

Wandlungen psychotherapeutischer Konzepte

Otto F. Kernberg

Ich werde versuchen, eine kurze Zusammenfassung der kontroversen Meinungen zu geben, die heutzutage - zumindest aus der Sicht der psychoanalytischen Psychotherapie - in den Vereinigten Staaten besonders wichtig erscheinen. Vor drei Jahren habe ich hier in Lindau über Konzepte der psychotherapeutischen Beziehung gesprochen. Jetzt habe ich noch einmal durchgelesen, was ich damals sagte und dabei entdeckt, daß im Laufe dieser letzten drei Jahre wirklich Entwicklungen stattgefunden haben. Das veranlaßt mich dazu, Ihnen nun eine ganze Reihe von Standpunkten darzulegen, die noch kontroverser sind, und meine Vorurteile werden Ihnen gewiß sofort klar werden. Ich möchte Ihnen auch - vielleicht etwas unbescheiden - sagen, daß ich vor allem *meine* Ansichten hier äußern werde und dabei trotzdem versuche, objektiv genug zu sein, Ihnen auch die anderen Einstellungen mitzuteilen. Dabei wird sich die Möglichkeit ergeben, die Richtlinien, nach denen sich Konzepte der psychodynamischen Psychotherapie gegenwärtig entwickeln, aufzuzeigen.

Die drei Hauptströmungen in der psychoanalytischen Psychotherapie

Zunächst möchte ich kurz die drei Hauptströmungen der psychoanalytischen Psychotherapie zusammenfassen, die augenblicklich in den Vereinigten Staaten und wahrscheinlich auch in Deutschland wichtig sind: Die psychoanalytische Ichpsychologie, die psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien und die psychoanalytischen interpersonellen Theorien. Jede dieser Theorien hat sich mit Entwicklungen in ihren psychotherapeutischen Erfahrungen auseinanderzusetzen. Meine Hauptthese ist, daß es parallele Entwicklungen in diesen drei Strömungen gibt, und es ist interessant und beruhigend, daß von so verschiedenen Standpunkten aus die Entwicklung in dieselbe Richtung geht.

Die Ichpsychologie

Die traditionellen Größen innerhalb der psychoanalytischen Ichpsychologie sind bekanntlich Anna Freud, Heinz Hartmann und seine Schule, und gegenwärtig am radikalsten Charles Brenner und im mehr klassischen Sinne Leo Rangell. Ich könnte zehn weitere Namen nennen, aber ich glaube, bereits diese Aufzählung vermittelt Ihnen schon eine Vorstellung.

Die Hauptthese der Ichpsychologie ist, daß der Psychopathologie *unbewußte intrapsychische Konflikte zwischen Triebabkömmlingen und Abwehrmechanismen* zugrundeliegen. Diese Abwehrmechanismen und Triebabkömmlinge oder Derivate spiegeln sich in der Übertragung wider und zwar in einer Aktivierung dieser Konflikte in der Objektbeziehung. Außerdem sind sie als Konflikte zwischen Ich, Über-Ich und Es zu beurteilen, das heißt also, alle Objektbeziehungen sind gleichzeitig Ausdruck der Konflikte zwischen den drei psychischen Instanzen Ich, Über-Ich und Es.

Die Technik der Behandlung besteht darin, Abwehrmechanismen zu deuten, um Triebabkömmlinge leichter in die Übertragung zu bringen und dann Triebabkömmlinge zu deuten und dem Ich zu erlauben, diese Triebabkömmlinge einzubauen und die innerpsychischen Konflikte dadurch zu verringern.

Die Objektbeziehungstheorien

Die Einstellung der Objektbeziehungstheorien geht auch vom Konzept der unbewußten intrapsychischen Konflikte aus, sieht jedoch diese Konflikte viel stärker in der Internalisierung pathologischer Objektbeziehungen. Wichtig ist hierbei, daß die internalisierten Objektbeziehungen innerlich transformiert, verarbeitet werden, so daß die endgültigen psychologischen Strukturen nicht mehr die originären Objektbeziehungen darstellen, sondern ihre intrapsychischen Elaborate.

In der Übertragung werden dann die unbewußten Konflikte als primitive Objektbeziehungen dargestellt. Die Aufgabe der Behandlung ist, diese Objektbeziehungen zu deuten, zu klären, insbesondere die Ich-, die Selbstaspekte, die Objektaspekte, die Affekte zwischen Selbst und Objekt und die wechselnden Rollen, die Therapeut und Patient spielen, indem dieselbe Objektbeziehung mit vertauschten Rollen immer wieder aktiviert wird.

Die Hauptrepräsentanten dieser Theorien sind bekanntlich in England und Schottland Melanie Klein, Ronald Fairbairn und Winnicott bzw. Mahler und Jacobson in den Vereinigten Staaten. Die Objektbeziehungstheorie überschneidet sich, wie wir gesehen haben, zum Teil mit der Ichpsychologie.

Die interpersonellen Theorien

Die Einstellungen der interpersonellen Theorien gehen auch von unbewußten intrapsychischen Konflikten aus, unterstreichen aber die *traumatischen Erlebnisse der Vergangenheit*, die die normale Entwicklung der Persönlichkeit verhindern. Diese traumatischen Erfahrungen mit anderen werden in die Persönlichkeit relativ unmotiviert eingebaut und tauchen dann in der Übertragung wieder auf als eine Aktivierung dieser traumatischen Erfahrungen mit dem Therapeuten.

Die Technik besteht nun darin, die Verzerrung der jetzigen Beziehung angesichts dieser Aktivierung vergangener traumatischer Beziehungen durch das korrigierende Erlebnis der jetzigen Behandlung zu reduzieren.

Die Hauptvertreter der interpersonellen Theorien sind einerseits Sullivan und andererseits Kohut. Vielleicht verwundert es Sie, daß ich Sullivan und Kohut zusammenbringe, aber ich glaube, sowohl Sullivan als auch Kohut haben auf der Bedeutung der realen frühen Erlebnisse bestanden und darauf hingewiesen, die umgebungsbedingte Ursache neurotischer Erkrankungen und die Realität dieser traumatischen Erfahrungen zu respektieren. Sie haben beide die reale Beziehung mit dem Therapeuten als ein heilendes Mittel dargestellt.

Im Gegensatz dazu ist für die Objektbeziehungstheorie die unbewußte Umwandlung der Vergangenheit viel wichtiger als ihre direkte Reproduktion. Die Objektbeziehungstheorie und die Ichpsychologie bestehen auf der Bedeutung der triebbedingten Ursachen der pathologischen Interaktionen und traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit.

Diese kurze und vielleicht etwas karikierende Zusammenfassung soll uns erlauben zu untersuchen, inwiefern diese drei Strömungen irgendwie in die gleiche Richtung gehen.

Entwicklungsschritte in der Psychotherapie

Deutungen im Hier und Jetzt

Die wichtigste Erscheinung der Wandlung in der Psychoanalyse ist die Tendenz, immer mehr auf die Deutungen im *Hier und Jetzt* zu fokussieren.

Sie sehen das in der interpersonellen Psychotherapie z.B. in den Derivaten der Sullivanianer. Nehmen Sie z.B. Harold Searles, der für mich einer der großen Psychotherapeuten dieser Richtung ist, oder andere, die eine ähnliche Einstellung vertreten.

Innerhalb der ichpsychologischen Entwicklung finden wir diese Tendenz, im Hier und Jetzt zu deuten, bei Gill und Sandler und vielleicht am extremsten bei Roy Schafer, der soweit geht zu sagen, daß die "wirkliche" Vergangenheit überhaupt nur ein Mythos ist und daß sog. genetische Deutungen im Grunde genommen einen Mythos des Patienten durch einen neuen Mythos des Therapeuten ersetzen. Das wäre ein extremes Beispiel für die Entwicklung innerhalb der Ichpsychologie.

Wenn wir uns andererseits auf die Kleinianische Schule beziehen, dann können wir dieselbe Entwicklung entdecken. Kleinianer waren ja diejenigen, die am extremsten das Hier und Jetzt mit dem frühesten Dort und Dann verbunden haben und zwar die aktuelle Problematik mit den ersten Lebensmonaten. Diese klassische Einstellung der Kleinianischen Schule hat sich radikal geändert, z.B. durch Herbert Rosenfeld, der in den letzten Jahren seines Lebens immer mehr auf die realen traumatischen Erlebnisse des Kleinkindes zurückkam - übertrieben formuliert - eine kohutianische Entwicklung durchlebte.

Zu erwähnen wäre hier auch Bion, einer der größten kleinianischen Theoretiker, der mehr und mehr von der Unmöglichkeit eines objektiven Wissens über die Vergangenheit überzeugt war und sich sehr gegen die kategorische dogmatische Deutung der Vergangenheit aussprach.

Andere Repräsentanten der kleinianischen Strömung sind z.B. Betty Joseph und Hanna Segal, in deren Arbeiten klar wird, wie unerhört stark die Deutungen im Hier und Jetzt in den Vordergrund treten und wie wenig genetische Rekonstruktionen der Vergangenheit feststellbar sind.

Auch ich habe in meinen eigenen Arbeiten schon seit vielen Jahren diesen Standpunkt vertreten und mich sehr mit dieser allgemeinen Tendenz verbunden gefühlt. Ein Fallbeispiel soll dies verdeutlichen:

Eine meiner Patientinnen, eine Prostituierte, verwendete alles Geld, das sie verdiente dazu, ihrer kleinen Tochter eine gute Erziehung zu ermöglichen. Sie war eine elegante Prostituierte im Plazaviertel von New York und beschränkte die Ausübung ihres

Gewerbes auf durchreisende Großkaufleute und Diplomaten. Mit diesen pflegte sie über eine lange Zeit Beziehungen, die alle auf kommerzieller Ebene lagen, in denen es aber um einen ehrlichen Umtausch von Sex gegen Geld ging. Interessanterweise wies die Patientin überhaupt keine psychopathischen Züge auf und stand vollkommen ehrlich zu ihrer Einstellung, daß Beziehungen ganz einfach ehrliche Tauschgeschäfte seien. Wir würden sagen, sie war eine intuitive Marxistin in ihrer persönlichen Welt.

Viele Monate lang hatte ich während der Behandlung das Gefühl, daß diese Überzeugung so tief in ihrer Persönlichkeit verwurzelt war, daß ich gar nicht wußte, wie ich mich ihr annähern konnte. Alle Versuche, ihre Beziehungen zu anderen Männern zu analysieren, nämlich die Verdrängung von Liebe und die Abhängigkeit, hatten zu nichts geführt.

Eine Veränderung trat erst ein, als wir in der Übertragung ihre tiefe Überzeugung analysierten, daß ich mich als ihr Therapeut genauso wie alle anderen Männer in einer kommerziellen Transaktion befand. Sie zahlte mir Geld und ich war freundlich, dafür wurde ich ja bezahlt. Daß von mir ein persönliches Interesse für sie ausgehen könnte, abgesehen von der Bezahlung, war für sie vollkommen unverständlich. Sie hatte zuerst das Gefühl, ich würde mich zumindest erotisch für sie interessieren und war davon überzeugt, daß wenn ich sie nicht kennen würde und sie mich im Plaza-Hotel sehen würde, sie mich sehr leicht verführen könnte. Sie sagte zu mir: "Seien Sie davon überzeugt, ich würde schon wissen, wie das mit Ihnen anzufangen ist". Aber als sich dann diese Phantasie langsam verlor und nur noch Geld gegen Interesse blieb, gelang es mir langsam, diese tiefe Überzeugung zu erschüttern, daß niemand etwas für jemand anderen fühlt, abgesehen von einer Mutter für ihr Kind. Denn sie konnte für ihre Tochter Liebe empfinden, aber sonst für niemanden.

Es gelang dann schließlich, diese Erkenntnis in der Übertragung herauszuschälen. Die Angst davor, daß sie die Erwartung haben würde, ich könnte für sie Gefühle haben wie sie für ihre Tochter, bildete den Anfang einer radikalen Änderung in ihrer Persönlichkeitsstruktur.

Wir können also alle theoretischen Einstellungen und psychoanalytischen Einsichten im Grunde genommen nur in Wirklichkeit verwandeln, wenn sie innerhalb der Übertragung eine affektive Realität entwickeln. Das bedeutet aber m.E. nicht, wie Roy Schafer sagt, daß die Vergangenheit überhaupt nicht wichtig ist, sondern nur das atemporale, zeitlose Erforschen von unbewußten Erscheinungen im Hier und Jetzt. Denn nur die unbewußten Erscheinungen im Hier und Jetzt bringen spontan die Erinnerungen an die Vergangenheit zurück, die wirklich pathogen waren. Die wichtige Vergangenheit muß also "technisch gesehen" aus der unbewußten Gegenwart entstehen. Im Gegensatz dazu steht das verführerische Vorgehen, vom Bewußten in der Gegenwart sofort auf das Unbewußte in der Vergangenheit zu schließen. Ich glaube, daß dies eine der wichtigsten Entwicklungen in allen psychoanalytischen Schulen ist.

Neue Konzepte der stützenden Therapie

Die supportive Psychotherapie oder stützende Therapie war ja - zumindest in den Vereinigten Staaten - ein Stiefkind der Ichpsychologie. Die grundlegenden Arbeiten von Bibring und Gill erschienen in den 50er Jahren. Die Patienten, die nicht analysiert werden konnten, erhielten stützende Psychotherapie.

Das traditionelle Konzept der stützenden Psychotherapie war, die Abwehrmechanismen des Patienten zu stärken, um wiederum die Verdrängung der unbewußten Konflikte zu fördern und dem Patienten somit zu helfen, besser mit seinen Schwierigkeiten fertig zu werden.

Bibring schlug eine ganze Reihe von Techniken vor, wie das erreicht werden sollte, und Gill entwickelte das allgemeine Konzept zur Unterstützung der Abwehr. Diese Einstellung hielt sich über Jahre, wie das noch in den klassischen Werken von Dewald und Worman zu sehen ist.

Erst Robert Wallersteins Werk *Die Untersuchung von 42 Patienten des Psychotherapieprojekts der Menninger Foundation* brachte eine Veränderung, da langsam die Erkenntnis wuchs, daß stützende Technik von stützenden Effekten der Psychotherapie unterschieden werden muß und daß die am intensivsten stützenden Effekte durch Deutungen erreicht werden. Daraus folgt, daß die *Psychoanalyse die am meisten stützende Psychotherapie* ist.

Wieder war das Psychotherapieprojekt der Menninger Foundation wichtig, da hier die Aussage gemacht wurde, daß primitive Abwehrmechanismen das Ich überhaupt nicht stärken, sondern schwächen und daß die deutende Auflösung von primitiven Abwehrmechanismen stützend ist. Das ist ein wichtiges modernes Konzept, das sich letztendlich in neuen und komplizierteren Einstellungen gegenüber der stützenden Therapie verdeutlicht.

Lawrence Rotland aus unserer Forschungsgruppe, der kürzlich ein Buch über stützende Psychotherapie veröffentlichte, hat diese als eine Psychotherapie definiert, die Abwehrmechanismen entweder analysiert oder stärkt, je nachdem, wie eine bessere Anpassungsfähigkeit des Patienten zu fördern ist.

Rotland geht mit mir konform, daß man eine allgemeine Theorie der stützenden Psychotherapie auf 4 Grundkonzepte stellen könnte:

1) Die Verwendung von traditionellen stützenden Techniken, wie Klärung der Problematik des Patienten, Klärung des Bewußten und Vorbewußten,
2) Konfrontation, um dem Patienten klarer zu machen, wie sich seine Haltungen auf die Umwelt auswirken,
3) direkte kognitive und affektive Stützung,
4) direkte Intervention in der Umgebung des Patienten, um das Gleichgewicht zwischen Abwehr und Trieb zu stützen und dem Patienten zu einem besseren Gleichgewicht zu verhelfen.

Im zweiten oben genannten Punkt ist eine Behandlung durch Übertragung gemeint, die nicht mehr darauf basiert, die Übertragung ganz einfach zu nützen oder zu ignorieren, wie es die traditionelle stützende Psychotherapie tat, sondern die Übertragungssituation zu klären und den Patienten zu konfrontieren. Alle bewußten und vorbewußten Aspekte der Übertragung werden herausgearbeitet, um dem Patienten die Möglichkeit der Einsicht zu geben, wie unangepaßt sein Verhalten ist. Anders gesagt könnte man dies als eine "Übertragungsanalyse" bezeichnen, in der Bearbeitung des Bewußten und Vorbewußten als eine erzieherische Funktion benutzt wird, um die Anpassungsfähigkeit des Patienten in der Außenwelt zu stärken.

Ferner ist die Modifizierung der technischen Neutralität im Sinne einer klaren Stellungnahme des Therapeuten auf der Seite der Abwehr, der Triebe, der Außenwelt zu verzeichnen. Diese Stellungnahme verhindert, den Patienten zu infantilisieren und trägt dazu dabei, die Autonomie und Unabhängigkeit des Patienten zu respektieren.

Vor Jahren dachte man, daß Therapeuten zuerst stützende Psychotherapie anwenden, und dann, wenn sie genügend Erfahrung haben, Psychoanalyse lernen sollten. Diese Einstellung ist m.E. vollkommen falsch. Von einer psychoanalytischen Einsicht ausgehend ist die beste stützende Therapie diejenige, die aufgrund psychoanalytischen und dynamischen Verstehens und Analyse von Abwehr und Triebabkömmlingen entwickelt wird.

Das Problem der Deutung von Widerstand gegenüber dem Problem der Empathie

Die im Titel genannte Problematik der Empathie wurde besonders von Kohut in den letzten Jahren herausgearbeitet. Kohut als ein Vertreter der Selbstpsychologie unterstreicht die Wichtigkeit der empathischen Einstellung des Therapeuten im Gegensatz zur Deutung von Widerständen und Trieben, besonders wenn es sich um narzißtische Patienten handelt. Für Kohut sind narzißtische Patienten traumatisierte Patienten, für die eine Entwicklung von Idealisierung und Selbstidealisierung in Spiegelübertragungen notwendig ist. Das systematische Einfühlen in die Erlebnisse des Patienten erlaubt es dem Therapeuten, dem Patienten über seine Verzerrungen der Gegenwart Klarheit zu verschaffen. Kohuts Einstellung hat zu einer allgemeinen Entwicklung geführt, in der erfahrungsnahe Empathie unterstrichen wird, d. h. der Wunsch, dem Patienten zu helfen, seine eigenen Erfahrungen und Einstellungen klarer zu sehen.

Dies steht im Gegensatz zu einer theoriebedingten Deutung von Widerständen und unbewußten Konflikten in der Psychoanalyse.

Man braucht kein Kohutianer zu sein, um diese Einstellung anzunehmen. Psychotherapeuten, die sich mit sehr schweren Störungen und Borderlinesyndromenbeschäftigen, haben diese Einstellung von der Wichtigkeit der Empathie übernommen.

Kohut unterstreicht noch dazu die haltende Funktion des Therapeuten - also Winnicotts Konzept vom Holding. Nicht Deuten, sondern *Tolerieren der Übertragung* wird betont, um den Patienten erleben zu lassen, daß der Therapeut den regressiven Forderungen des Patienten standhalten und überleben kann. Dem Patienten werden dadurch korrigierende Erfahrungen durch den Therapeuten vermittelt.

Diese Einstellung wird jetzt sehr kritisiert, und es entwickelt sich m.E. eine Gegenströmung. Die Kritik gegenüber dieser Theorie beinhaltet im einzelnen:

1) Es ist eine Illusion, daß man einem Patienten relativ theorielos gegenüberstehen kann. Im allgemeinen ist Theorielosigkeit eine unbewußte Mischung von mehreren Theorien, und der Nachteil dabei ist, daß man die Grenzen der eigenen Behandlungsmöglichkeiten nicht sehen kann, d. h. also nicht feststellen kann, wo die Grenzen der Behandlung im Rahmen der eigenen Theorie sind, die dann neue Entwicklungen erlauben. Anders gesagt, das Fehlen von Grenzen erschwert es, die Grenzen dieser theoretischen Einstellungen zu sehen und technisch zu verändern.

2) Dieses Sich-völlig-Einfühlen und Anpassen an die Erfahrung des Patienten kann den Therapeuten dazu verführen, in eine masochistische Einstellung zu verfallen. Patienten mit schwerer aggressiver Pathologie bringen den Therapeuten in eine immer masochistischere Position, die sich dann so auswirken kann, daß oft die engagiertesten Therapeuten jahrelang unerhört Geduld mit schwierigen Patienten haben und dann von einem Tag auf den anderen fallen gelassen werden. Diese Beobachtung wirkt doch sehr ernüchternd.

3) Das Konzept des Holdings wurde von Winnicott im Grunde genommen nicht auf eine spezifische Freundlichkeit oder konfrontierende Haltung des Therapeuten bezogen, sondern Holding meinte, daß der Therapeut die Fähigkeit in sich hat, überleben zu können, trotz der Aggression des Patienten und trotz seiner eigenen Gegenaggression, die Winnicott sehr gut in seinen Arbeiten über Gegenübertragung beschrieb. Meine Kritik gegenüber der Betonung der Empathie ist, daß die Empathie, besonders in Kohuts Konzeption, mit der zentralen subjektiven Empfindung des Patienten korreliert.

Das ist m.E. nur eine Teilempathie, denn ich glaube, der Therapeut muß auch mit den Aspekten einfühlsam umgehen, die der Patient im Moment gar nicht in sich tolerieren kann und auf den Therapeuten projiziert. So daß in der Gegenübertragung, besonders in der negativen Gegenübertragung, sich sehr oft das widerspiegelt, was die nicht tolerierbaren Aspekte des Patienten sind und dem

Patienten gegenüber gedeutet werden sollten. Ein Beispiel soll dies veranschaulichen:

Ein Patient entwickelte während einer starken negativen Übertragung die Phantasie, daß ich einer Frau, mit der er in eine Beziehung treten wollte, die Botschaft gegeben hatte, sie solle sich mit ihm nicht einlassen. Er wußte, daß diese Frau mir bekannt war, denn sie sagte ihm, daß sie mich kannte. Da sie Wochen später eine sexuelle Beziehung mit ihm ablehnte, entwickelte er die Phantasie, ich hätte ihr das verboten. Er kam wütend zur nächsten Sitzung und agierte so massiv, daß ich nicht wußte, ob er mich jetzt nicht angreifen würde. Er war ein sehr großer starker Mann, und ich fühlte mich absolut unsicher. Ich versuchte, das zu deuten, und da sagte er zu mir:

"Also hören Sie mit dem Blödsinn auf, sagen Sie mir die Wahrheit, Sie haben der Frau gesagt, sie soll sich mit mir nicht einlassen."

Ich sagte ihm darauf: "Ich würde Ihnen gerne sagen, was ich denke, aber ich fürchte, daß Sie noch wütender werden, und ich habe Angst, wenn ich es Ihnen sage, daß sie mich angreifen ...".

Daraufhin lächelte der Patient und sagte: "Na, sagen Sie es ruhig."

Ich bin dann ganz aus dem Konzept gekommen und habe ihm wieder gesagt, daß diese ganze Anklage reine Phantasie war und hinzugefügt, daß ich mich etwas lächerlich fühle, ihm das zu sagen, denn es schien mir, als ob sich unsere Beziehung in den letzten Minuten vollkommen geändert hätte.

Darauf der Patient: "Ja, es war ein Vergnügen zu sehen, daß Sie sich auch richtig vor mir fürchten können."

Das gab mir dann die Möglichkeit, ihm zu vermitteln, daß sich gerade die Beziehung zu seinem Vater abgespielt hatte und er mich genauso behandelt hatte, wie er sich immer von seinem Vater behandelt fühlte. Sein Vater war ein entsetzlich sadistischer Mann, der zwei Hunde hatte, die ihm zu laut bellten. Der Vater war Chirurg, und er schnitt die Stimmbänder der Hunde durch, damit ihn das Bellen nicht mehr störte.

Durch eine Rollenverteilung wurde die Problematik des Patienten mit mir ans Licht gebracht. Ich möchte unterstreichen, daß ich in meiner Gegenübertragung empathisch war, und zwar nicht mit dem Patienten, der wütend auf mich war, nicht mit dem Patienten, der mit seinem Vater identifiziert war, sondern mit dem Patienten selbst. Ich wurde der Patient, er wurde sein Vater. Mit anderen Worten, ich zeigte Empathie mit dem, was der Patient im Moment nicht tolerieren konnte. Das verstehe ich unter Empathie, die die kohutianische Empathie überschreitet, und ich glaube, daß dies eine ganz allgemeine Entwicklung innerhalb der psychoanalytischen und psychotherapeutischen Einstellungen widerspiegelt.

Psychotherapie und Psychopharmakologie

Wie ich annehme, sind wir jetzt, zumindest in den Vereinigten Staaten, über zwei Extreme hinaus. Das eine Extrem stellen die klassischen Psychoanalytiker dar, die phobisch gegenüber Psychopharmaka reagierten und in jedem Psychopharmakologen einen Feind von Sigmund Freud sahen. Das andere Extrem, sehr typisch in den Vereinigen Staaten, ist die Kombinationstherapie, die alles enthält, was sich der Patient nur wünschen kann: Psychotherapie, soziale Rehabilitation und Psychopharmaka.

Sehr oft bekommen bei uns Patienten zuerst Pharmaka, und dann versucht man eine Diagnose zu stellen. Ich glaube, die Einstellung in den Vereinigten Staaten ist jetzt so, daß man in gewissen Fällen psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlungen sehr gut miteinander verbinden kann.

Besonders bei manisch depressiven Erkrankungen und bei schweren Depressionen mit neurovegetativen oder biologischen Symptomen, also da wo starke biologische Prädispositionen zu schweren Affektstörungen führen, ist diese Kombinationstherapie indiziert. Es steht eine psychopharmakologische Behandlung, die die Stimmung stabilisiert, nicht im Gegensatz zur Analyse der Schwankungen innerhalb einer psychoanalytischen Psychotherapie. Bei Patienten mit einer sog. "doppelten Depression" - ich weiß nicht, ob dieser Begriff bei Ihnen gebräuchlich ist - kann eine kombinierte Behandlung sehr hilfreich sein. Wir verstehen unter "doppelter Depression" Patienten mit einem manisch depressiven Irresein, schwerer Charakterpathologie und darauf basierenden Depressionen, bei denen es oft schwer ist, die Charakterstruktur vom Affektiven zu unterscheiden.

Ein anderer Fall ist die Behandlung der Schizophrenie mit psychoanalytischer Psychotherapie. Das ist ein Gebiet, das vor ein paar Jahren unter dem Einfluß psychopharmakologischer Behandlung fast verschwand und jetzt wieder entdeckt wird. Es gibt eine kleine Gruppe von chronisch schizophrenen Patienten, vielleicht 15 - 25 %, die auf psychopharmakologische Behandlung nicht reagieren, bei denen also keine Besserung der Symptome erfolgt, die aber gleichzeitig ihre Persönlichkeit und ihre Affektfähigkeit nicht verloren haben, mindestens normal intelligent sind und keine antisozialen Symptome aufweisen. Dies sind Patienten, die auf psychoanalytische Psychotherapie in Kombination mit psychopharmakologischer Behandlung positiv reagieren. In diesem Fall werden genügend Neuroleptika verabreicht, die es dem Patienten ermöglichen, zu den Therapiestunden zu kommen, im Alltag zu funktionieren, auch wenn Halluzinationen und Wahnideen weiter bestehen.

Dann erst beginnt man in der Psychotherapie, diese Halluzinationen und Wahnideen in ihrer Funktion in der Übertragung zu deuten. Die Technik besteht darin, sowohl auf die unbewußten Hintergründe dieser psychotischen

Manifestationen einzugehen und andererseits, dem Patienten zu helfen, seine Erfahrung von der des Therapeuten trennen zu lernen.

Dies ist eine psychotherapeutische Einstellung, die die Konzepte der Verschmelzung und Separation von Selbst- und Objektrepräsentanzen benützt und nicht nur unbewußte Vorgänge deutet. Das geschieht auf einer Ebene, in der der Patient seine Angst soweit kontrollieren kann, so daß er noch fähig ist, zuzuhören und sich mit dem Therapeuten zu verständigen.

Ich glaube, daß auch das eine interessante neuere Entwicklung ist, die innerhalb der psychotherapeutischen Technik mit psychotischen Patienten weitere Forschungen erlaubt.

Die reale Beziehung zwischen Patient und Therapeut

Eine weitere Entwicklung ist, daß wir Therapeuten jetzt kritischer gegenüber dem Konzept der realen Beziehung mit dem Patienten sind, denn je schwerer die Pathologie des Patienten, desto mehr wird die Wirklichkeit der Beziehung verzerrt. Die Analyse dieser Verzerrung erlaubt es, die realen Aspekte des Therapeuten dem Patienten nahezubringen. Die Persönlichkeit des Therapeuten ist immer sehr wichtig, und wir müssen sie näher untersuchen. Doch die Einstellung, daß die Persönlichkeit des Therapeuten das einzig Wichtige ist, ist im Grunde genommen eine nihilistische Einstellung gegenüber den spezifischen Aspekten der Psychotherapie.

Der Aspekt der Verantwortung

Ein anderer Aspekt, der in der Psychotherapie berücksichtigt werden muß, ist die Verantwortung von Patienten und Therapeuten. Es ist eine ganz klare Entwicklung in der stützenden wie auch in der deutenden Psychotherapie zu erkennen, daß Patienten und Therapeuten immer mehr zusammenarbeiten und daß ein Arbeitskontrakt am Anfang der Beziehung die Verantwortlichkeit beider festlegen sollte. Die Verzerrung und das Abbröckeln der Verantwortung des Patienten für sein eigenes Leben ist ein wichtiger Ansatz für die Deutung der Übertragung.

Wir messen also immer mehr Bedeutung der Untersuchung bei, was der Patient mit dem, was wir ihm geben, anfängt, was er zwischen den Stunden der psycho-

therapeutischen Beziehung macht und legen Wert auf Deutung und Analyse der mangelnden Mitarbeit des Patienten.

Die systematische Untersuchung der Übertragung im Brennpunkt psychoanalytischer Forschung

Mein letzter Gedanke ist, daß diese erneute Fokussierung auf die systematische Untersuchung der Übertragung uns wieder zur Charakteranalyse zurückführt. Im Grunde genommen ist der wichtigste Aspekt bei der Übertragung die ständige Wiederholung der pathologischen Kerncharakterzüge des Patienten und die Erkenntnis, daß sich die Vergangenheit am meisten hinter den Charakterbildungen des Patienten versteckt. Wir entdecken also Wilhelm Reich wieder, aber jetzt als eine Methode, im Rahmen einer modernen Konzeption der internalisierten Objektbeziehungen Charakterzüge zu bestimmen.

Die Verbesserung der psychologischen Struktur des Patienten ist im Grunde genommen immer mit radikalen Veränderungen seiner Charakterstruktur verbunden.

Was hat sich in den theoretischen Grundlagen der Psychotherapie gewandelt?

Wolfgang Mertens

Es kann nicht das Anliegen dieser Arbeit sein, eine umfassende Einschätzung darüber abzugeben, was sich in den letzten 40 Jahren in Theorie und Praxis der psychoanalytischen Therapie verändert hat, zumal es *die* Theorie und *die* Praxis der Psychoanalyse nicht gibt.

Weltweit ist die Psychoanalyse in verschiedenen Schulrichtungen vertreten, deren mögliche Synopsis eine Aufgabe der nächsten Jahrzehnte sein wird. Ein interessanter Trend kündigt sich allerdings an: Es gibt mehr Gemeinsamkeiten zwischen Objektbeziehungstheoretikern, Ich-Psychologen, modernen Kleinianern, Neoanalytikern als vielleicht manchen Apologeten einer eingeschworenen Anhängerschar lieb ist. Dies hat sich vor allem in den letzten Jahren, in denen schulen- und theorieübergreifende Symposien zu bestimmten theoretischen und behandlungspraktischen Themen abgehalten wurden, herausgestellt. Eine, vielleicht die wichtigste, Gemeinsamkeit besteht darin, daß *inter*personelle Vorgänge im behandlungspraktischen Vorgehen gegenüber einer überwiegend *intra*psychischen Betrachtungsweise ein viel stärkeres Gewicht erhalten, als dies vor einigen Jahrzehnten der Fall war (z.B. Gill 1983; Abend 1988; Mitchell 1988).

Die herkömmliche, eher individualpsychologisch orientierte Sichtweise - sowohl von der Entstehung psychischer Störungen als auch von deren Therapie - war an eine Reihe von Voraussetzungen geknüpft: Ein medizinisches Krankheitsverständnis etablierte den Therapeuten als zwar wohlwollenden, aber letztlich doch unbeteiligten Diagnostiker und therapeutischen Fachmann gegenüber seinem Patienten; eine erkenntnistheoretische Option ging von der Möglichkeit einer Subjekt-Objekt-Trennung aus, dementsprechend wurde es für möglich erachtet, im - naturwissenschaftlichen Forschungsstandards nachgebildeten - analytischen Setting eine Haltung von strikter Neutralität und entsprechend abstinentem Verhalten verwirklichen zu können. Und eine an Spießerhaftigkeit und Doppelmoral heranreichende Einstellung nahm an, daß der Therapeut immer der gesunde und konfliktfreie, der Patient hingegen der mit neurotischen Konflikten und Symptomen behaftete Mensch sei, so daß auch aus diesem Grund eine strikte Trennung zwischen Arzt und Patient sinnvoll und notwendig ist.

Alle diese als selbstverständlich angenommenen Voraussetzungen wurden in den zurückliegenden Jahrzehnten als nicht zutreffend zurückgewiesen; vor allem die Behandlung stärker gestörter Patienten hat Therapeuten mitunter leidvoll erfahren lassen, wie sehr sie in die Beziehung verstrickt werden können, wie stark Patienten versuchen, sie in bestimmte Rollen zu drängen oder sie zu bestimmten Verhaltensweisen zu provozieren. Es wurde deutlich, daß die eigenen Affekte und Phantasien des Analytikers die Äußerungen seines Patienten auf Schritt und Tritt begleiten, und daß diese Gegenübertragung keinen störenden Einfluß ausübt, sondern - sofern sie entsprechend erkannt und reflektiert werden kann - von großer Nützlichkeit ist. Ebenso wurde klar, daß es keine absolute Neutralität geben kann, und daß der Wunsch nach ihr eher einem defensiven Bedürfnis des Analytikers entspricht.

Das Erkennen der eigenen unvermeidlichen Subjektivität wird nun aber wichtiger als je zuvor: denn die immer stärkere Betonung einer interpersonellen Sichtweise in der Psychoanalyse heißt nicht, daß nun alles zu einer ununterscheidbaren Beziehung wird, daß das Auffinden einer historischen Wahrheit unmöglich ist, weil die eigene Lebensgeschichte des Therapeuten unweigerlich in die Konstruktion eines therapeutischen Narrativs eingeht, so daß zum Schluß vielleicht nicht mehr klar ist, wer nun schwerwiegender gestört ist: Patient oder Therapeut. Trotz Anerkennung der eigenen subjektiven Einflüsse auf die therapeutische Dyade gilt es vielmehr, diese sich fortlaufend zu vergegenwärtigen. Psychoanalyse ist damit anspruchsvoller, aber auch ehrlicher und spannender geworden. Im folgenden soll diese interpersonelle Sichtweise mit Hilfe einiger psychoanalytischer Behandlungskonzepte noch etwas verdeutlicht werden.

Veränderungen in psychoanalytischen Konzept-vorstellungen

Ist die Übertragung nur eine Wiederholung der Vergangenheit?

Der viele Jahre lang vorherrschende Glaube an eine unkontaminierte Übertragung war einer weitgehend individualpsychologischen Einstellung geschuldet, hat sich aber immer stärker als Fiktion herausgestellt, weil die Übertragung in unterschiedlichem Ausmaß von der im Hier und Jetzt stattfindenden Beziehung zwischen Analytiker und Patient beeinflußt ist.

Während frühere Analytiker davon überzeugt waren, daß der Patient die Wirklichkeit der analytischen Situation und seines Analytikers nach Maßgabe seiner intrapsychischen Repräsentanzen verzerrt, muß nunmehr davon ausgegangen werden, daß in die übertragungsgetönte Wahrnehmung immer auch Eindrücke aus der jetzigen bewußten und unbewußten Beziehung mit einfließen.

Die Klärung der Übertragung sollte deshalb auch mit einer sorgfältigen Sondierung der Erfahrung des Patienten beginnen, einschließlich aller Einflüsse, die aus der gegenwärtigen Beziehungssituation stammen. Nicht die vergangenheitsbedingte Verzerrung ("Wir wissen ja, daß Ihr Vater Sie oftmals nicht beachtet hat, wenn er abends müde aus seinem Geschäft nach Hause kam") sollte zunächst im Mittelpunkt der Übertragungsanalyse stehen, sondern die Prüfung der Plausibilität der Erfahrung anhand gegenwärtiger Beziehungseindrücke. Erst in späteren Deutungsschritten kann es sinnvoll sein, sich mit vergangenen Erlebnissen genauer zu befassen. Für die Wahrnehmung und Beurteilung der eigenen Gegenübertragung werden die im Text des Patienten enthaltenen Anspielungen die wichtigsten Hilfen.

Die Auffassung dieser sozialpsychologischen Verschränktheit von übertragungsgetönten Eindrücken mit den Erfahrungen aus der Hier und Jetzt-Situation folgt aus der Relativierung der erkenntnistheoretischen Position, daß eine neutrale und damit abstinente Haltung für den Psychoanalytiker möglich ist. Der Analytiker mag sich zwar noch so sehr bemühen, weder mit allzu erotischen noch mit allzu aggressiven Interventionen auf die Mitteilungen seines Patienten zu reagieren, er kann aber letztlich doch nicht verhindern, daß ein bestimmtes Verhalten von ihm (und dazu gehört auch sein Schweigen) etwas über seine Gegenübertragung aussagt und vom Patienten eine bestimmte Bedeutung verliehen bekommt. Um zu erfahren, wie er mit seinem Verhalten, d.h. z.B. mit Klärungen, Konfrontationen, Deutungen, dem Inhalt von Deutungen, dem verwendeten Deutungstyp, aber natürlich auch mit den unzähligen und oftmals gar nicht bewußten nonverbalen Verhaltensweisen auf seinen Patienten wirkt, und welche Bedeutungen dieser daraus für sich konstruiert - um dies zu erfahren, muß er die Erlebniswelt seines Patienten aus dessen Bedeutungshorizont zu verstehen versuchen. Analytiker, die glauben, sich vollkommen neutral verhalten zu können, fassen diejenigen Bedeutungszuschreibungen, die sich nicht mit ihren bewußt intendierten Interventionen in Zusammenhang bringen lassen, als übertragungsbedingte Verzerrung, die vom Patienten ausgeht, auf.

Das Aufgebenkönnen des Konzepts des neutralen Analytikers bedeutet also auch, daß man als Therapeut Lust und forscherische Neugierde darauf verspürt zu erfahren, wie der Patient die Bedeutungen der gemeinsamen Beziehungswelt konstruiert, und daß man diese Definitionen nicht sogleich als Übertragungen einstuft, sondern reflektiert, inwieweit der Patient tatsächlich etwas - wenngleich vielleicht auch hoch selektiv - richtig wahrgenommen hat. Man bekommt also als Therapeut einen Spiegel vorgehalten, der zwar die Wirklichkeit keineswegs unverfälscht wiedergibt, aber doch einen gewissen Grad an Plausibilität beanspruchen kann.

Es werden somit auch ungleich mehr Anforderungen an den psychoanalytisch arbeitenden Therapeuten - im Grunde natürlich an jeden Therapeuten jedweder Schulrichtung, wenn dieser nur die Auswirkungen seines therapeutischen Handelns berücksichtigen könnte - im Hinblick auf die Reflexion seiner Gegenübertragung und seiner habituellen Persönlichkeitsstruktur gestellt. Denn er muß sich jetzt

nicht nur fragen, was überträgt der Patient in dieser Stunde auf mich, was macht er mit mir, welche Rolle soll ich für ihn verkörpern, sondern auch, wie wirke ich auf ihn, mit dem, was ich sage, was ich nicht sage, und wie ich bin? Eine qualifizierte Selbsterfahrung wird damit auch dringlicher als je zuvor, um erkennen zu können, wie die Gegenübertragung der Übertragung vorausgeht.

Während viele frühere Analytiker davon ausgingen, daß vor allem die schweigende Haltung zu einer Regression des Analysanden führe und damit auch zur Wiederbelebung eines früheren Zustandes, wird dies in der Gegenwart zunehmend als Fiktion erkannt (vgl. Gill 1984). Denn schon die Vorstellung, daß ein früherer Zustand wiederbelebt werden kann, ist als solche schon eine Illusion. In dem Maße, wie die Kindheitsneurose noch im Erwachsenen lebendig ist, manifestiert sie sich auch in der Gegenwart, und es bedarf keiner speziellen Maßnahmen, um sie zum Leben zu erwecken. Vielmehr braucht der Analytiker nur eine Atmosphäre der Sicherheit und des Wohlwollens gegenüber kindlichen, d.h. auch tendenziell psychotischen oder perversen Wünschen und Phantasien zu schaffen, damit diese im erwachsenen Patienten immer schon vorhandenen Regungen geäußert werden können (vgl. Sandler u. Sandler 1983).

Veränderte Auffassungen über das, was wirkt

Die stärkere sozialpsychologische Betonung einer interaktionellen Sichtweise führte auch in der Frage der Wirkfaktoren zu einer neuen Einschätzung. Galt früher lange Zeit die Deutung der übertragungsbedingten Verzerrung als hauptsächlicher Wirkfaktor, und wurde Psychoanalyse dementsprechend auch als Auflösung der Übertragungsneurose allein durch Deutungen definiert und damit scharf von anderen Formen der Psychotherapie abgegrenzt, die mit Beziehungsfaktoren, wie z.B. Übertragungsgratifikationen, arbeiten, so wird heutzutage von vielen Psychoanalytikern davon ausgegangen, daß sich Deutung und Beziehung gegenseitig nicht ausschließen. Selbst wenn der Psychoanalytiker darauf achtet, keine direkten Übertragungsgratifizierungen vorzunehmen, z.B. aus einer idealisierten Position heraus sich zu Ratschlägen mit viel suggestivem Gewicht verleiten zu lassen, stellt er dennoch eine neue Beziehungserfahrung für seinen Patienten bereit, welche den Hintergrund für den Inhalt seiner Deutungen abgeben. Und dementsprechend ist als Wirkfaktor nicht nur die kognitiv affektive Einsicht in neue Bedeutungszusammenhänge wichtig, sondern auch und vor allem das Lernen einer neuen Beziehungserfahrung. Die Übertragungsanalyse, die von der Plausibilität der Hier und Jetzt-Eindrücke ausgeht, bewirkt in einem viel stärkeren Ausmaß ein Beziehungslernen in vivo, während die klassische Übertragungsanalyse

überwiegend genetische Einsichten gefördert hat, wobei dann das Problem der Generalisierbarkeit dem Patienten selbst überlassen wurde.

Dies bedeutet auch, daß sich der Psychoanalytiker in seinem Selbstverständnis tendenziell verändert: Er ist nun weniger der Detektiv, der nach geheimnisvollen psychoanalytischen Erkenntnisregeln lange verschüttete biographische Fragmente zu einem neuen Sinnganzen zusammensetzt, sondern eher ein analytischer Begleiter, der neue Beziehungserfahrungen ermöglicht, der erst mit den Schwierigkeiten seiner eigenen Gegenübertragung klar kommen muß, mit den in ihm aufgewühlten Konflikten, bevor er sich als der überlegene Magier und Deuter gerieren darf.

Mit anderen Worten ergibt sich hierdurch auch ein Wandel von einem stärker hierarchischen Modell zu einem eher partizipativen oder demokratischen Vorgehen, obwohl die Tatsache der Informationsmacht des Analytikers und natürlich auch seiner Übertragungsmacht nicht aus den Augen verloren werden darf. Für wertkonservative Analytiker (wie z.B. Cooper 1990) bedeutet diese Veränderung eine Aushöhlung der genuin psychoanalytischen Fähigkeit, eine kreative Distanz zu den unbewußten Inszenierungen des Analysanden einzunehmen; sine ira et studio betrachtet, kann die psychoanalytische Vorgehensweise durch die Reflexion der eigenen Gegenübertragung und durch ein Nachdenken darüber, inwieweit in die Übertragungsthemen des Analysanden eigene Gegenübertragungen mit eingehen, aber nur an Potenz gewinnen. In der herkömmlichen Behandlungstechnik wurden die unbeabsichtigten (Gegen-)Übertragungseffekte des Analytikers auf seinen Analysanden nur unangemessen erkannt und bearbeitet, und gleichzeitig wurde der Stellenwert der neuen Beziehungserfahrung als therapeutischem Wirkfaktor theoretisch zu wenig gewichtet.

Weitere Konsequenzen einer interaktionellen Sichtweise

Die stärkere Betonung der interaktionellen Sichtweise betrifft natürlich nicht nur das Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen und die Aufassung darüber, was wirkt, sondern auch viele andere behandlungstechnische Überlegungen, von denen ich nur kurz die folgenden nennen möchte:

Indikation und Diagnostik. Der interaktionelle Gesichtspunkt hat auch Auswirkungen auf die Diagnostik und Indikationsstellung. Natürlich hat eine Patientin z.B. nach wie vor ihre intrapsychisch zu betrachtende Störung, z.B. eine bulimische Symptomatik auf dem Hintergrund einer Beeinträchtigung ihrer Trennungs- und Individuationsentwicklung; aber wichtiger als diese diagnostizierende Einschätzung wird nun die Frage, welche Konflikte die Patientin in der Übertragung im Analytiker auslösen, welche seiner Schwachstellen sie

berühren und wie dieser damit umgehen können wird. Wird er z.B. dem regressiv sich einstellenden Kontrollbedürfnis mit genügender Toleranz begegnen können, oder sich schnell manipuliert fühlen und ärgerlich reagieren? Wird er bei dieser hübschen Patientin die ödipalisierten und sexualisierten Strebungen als frühe Verschmelzungswünsche deuten können, ohne das Gefühl eines erotischen Mangels erleben zu müssen? Wird er in seiner Übertragungsfunktion als frühe Mutter genügend Geduld und Phantasie aufbringen, wenn die Patientin ihm einmal ganz nahe sein will und dann wieder einen großen Abstand braucht? Wie gut kann er selbst Nähe und Distanz regulieren, bei seiner Frau, seinen Kindern und Mitarbeitern? Kann er sich zugestehen, daß *auch er* angesichts der Herausforderungen seiner Patientin noch etwas dazulernen kann? Wird ihm dieses Dazulernen mit *dieser* Patientin Spaß machen oder eine ärgerliche Zumutung bedeuten? Die sog. subjektive Indikationsstellung (vgl. Dantlgraber 1982) wird wichtiger denn je, worunter der Autor vor allem ein gefühlsmäßiges Angesprochensein des Analytikers von seinem Patienten im Verlauf der Erstuntersuchung versteht. Emde (1988) spricht von einem "fitting together" und verweist auf die Befunde der Säuglingsforscher, die nachgewiesen haben, wie wichtig im Mutter-Kind-Dialog das gefühlsmäßige Aufeinandereingestimmtsein ist. Die Analysierbarkeit eines Patienten, d.h. die Möglichkeit der deutenden Aufdeckung des unbewußten Beziehungsgeschehens in der analytischen Dyade, sicherlich nach wie vor eines der schwierigsten Themen, ist in dieser Sicht ebenfalls eng an die Persönlichkeit und das Handeln des Psychoanalytikers geknüpft. Analysierbarkeit (und natürlich auch Therapierbarkeit) wird somit eher zu einem *interaktionellen Prozeßbegriff* als zu einem individualpsychologisch gefaßten Konzept. Inwieweit gelingt es in der Interaktion und Auseinandersetzung mit *diesem* Patienten, ihn mit einer eigenen Regression zu begleiten, körperbezogene Phantasien und Affekte aufsteigen zu lassen, um zu begreifen, welche Erfahrungen im Hier und Jetzt für ihn am wichtigsten sind, die vorerst noch durch Konflikte blockiert sind?

Arbeitsbündnis. In den letzten Jahren wurde problematisiert, inwieweit die Einführung des Konzepts des Arbeitsbündnisses tatsächlich einen Fortschritt gegenüber einer konsequent durchgeführten Übertragungsanalyse bedeutet. Dies erscheint auf den ersten Blick verwunderlich, denn seit den 50er Jahren wurde dem Arbeitsbündnis mindestens ebensoviel Bedeutung beigemessen wie dem Phänomen der Übertragung. Damit eine Analyse überhaupt in Gang kommt und eine Übertragung analysierbar wird, müsse eine Distanzierungsfähigkeit - eine "therapeutische Ich-Spaltung" (Sterba 1934) - beim Patienten gegeben sein. Neben der Übertragung des Patienten müsse somit noch eine andere Form der Beziehung zum Analytiker bestehen, in welcher der Patient gleichsam einen überlegenen Metastandpunkt zu seiner eigenen übertragungsverzerrten Beziehung einnehmen könne. Für verschiedene Autoren (z.B. Brenner 1979; Gill 1984; Körner 1989; Deserno 1990) ist es im Rahmen einer transaktionellen Betrachtungsweise aber unangemessen, zwei

Reaktionsklassen (Arbeitsbündnis und Übertragung) zu unterscheiden. Die Fähigkeit eines Patienten, an seinen Konflikten zu arbeiten, hängt nicht so sehr von seinem individualpsychologisch unterstellten Vermögen zur Realitätsprüfung ab, sondern in einem viel entscheidenderen Ausmaß von der realen Persönlichkeit und den bewußten und unbewußten Einflüssen, die vom Analytiker ständig ausgehen. Die Haltungen, Einstellungen, Gegenübertragungsgefühle und neurotischen Ängste des Analytikers kodeterminieren sowohl die Übertragung des Patienten als auch das von Greenson (1965) konzeptuell abgegrenzte Arbeitsbündnis, so daß es für die obigen Autoren sinnvoll ist, auf dieses Konzept zu verzichten.

Geschlechtszugehörigkeit des Analytikers. Daß der Einfluß der Subjektivität des Psychoanalytikers stärker als in früheren Jahren berücksichtigt werden muß, wird vielleicht angesichts der Geschlechtszugehörigkeit des Analytikers am deutlichsten. Während man in der herkömmlichen Psychoanalyse annahm, daß das Geschlecht des Analytikers mit der Entwicklung einer Übertragungsneurose nur in unbedeutendem Ausmaß interferiert, weil die Übertragungsneurose sich weitgehend endopsychisch entwickelt, sieht man in der Gegenwart sehr viel genauer den Einfluß des tatsächlichen Geschlechts des Analytikers auf seinen Patienten. Wenn auch im Auge behalten wird, daß das biologische Geschlecht nicht unbedingt mit dem Geschlechtsrollenverständnis übereinzustimmen braucht (so kann z.B. ein männlicher Therapeut viele als unmännlich bzw. als weiblich geltende Rollenattribute in seiner Persönlichkeit integriert haben), so ist dennoch nicht zu übersehen, daß soziokulturell und -ökonomisch bedingte Sozialisationsunterschiede und - psychoanalytisch betrachtet - vor allem auch unterschiedliche Identifikationsschicksale von Jungen und Mädchen in der Mutter-Kind-Dyade zu unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Kompetenzen, aber auch Gegenübertragungswiderständen führen können (z.B. Lasky 1989; Lester 1990). Obgleich wir in der Betrachtung der geschlechtsspezifischen Einflüsse und dyadenspezifischen Effekte noch ziemlich am Anfang der Forschung und Konzeptualisierung stehen (vgl. z.B. Klöß 1988; Mertens 1990), ist doch in den letzten Jahren zunehmend erkannt worden, wie stark Konzepte, Theorien, aber auch behandlungstechnische Überlegungen in der Psychoanalyse von einem männlichen Blickwinkel beeinflußt waren. Lester (1990) erwähnt z.B. den Umstand, daß in Technikdiskussionen immer wieder problematisiert werde, inwieweit der männliche Analytiker sich mütterlich zu identifizieren gelernt habe, so gut wie nie aber die Frage nach An- oder Abwesenheit väterlich-männlicher Identifikationen bei einer Analytikerin gestellt werde. Die rasch expandierende Forschungsliteratur zu dieser Thematik, hauptsächlich von Analytikerinnen verfaßt, läßt aber interessante Befunde in den nächsten Jahren erwarten.

Widerstand. Wenn eine aus dem Beginn dieses Jahrhunderts stammende experimentalpsychologische Fiktion einer Subjekt-Objekt-Spaltung aufgegeben werden kann, dann wird auch deutlich, wie sehr mit dem Widerstand des Patienten

ein Widerstand des Analytikers korrespondiert. Häufig sind es eher die Gegenübertragungswiderstände des Analytikers, die ihn bestimmte Übertragungsinszenierungen seines Patienten nicht erkennen lassen. Natürlich kann nicht übersehen werden, daß widerständiges Verhalten auf lebensgeschichtliche Erfahrungen eines Patienten zurückgeht, aber in der herkömmlichen Analyse wurde vielleicht nicht genügend realisiert, daß Patienten mit der bewußten Motivation in die Therapie kommen, ihre bisherigen unbewältigten Konflikte zu meistern, und nicht in erster Linie darauf aus sind, unbewußte kindliche Wünsche zu befriedigen. Dazu brauchen sie ein Gefühl von Vertrauen und Sicherheit und unternehmen dazu auch eine Reihe von Tests, um zu erproben, wieweit sie ihrem Analytiker Vertrauen schenken können (vgl. Weiss u. Sampson 1986). Wenn der Analytiker den Test nicht besteht, weil sein Gegenübertragungswiderstand ihn daran hindert, sich die Szene zu vergegenwärtigen, um die es im Hier und Jetzt geht (z.B. sich bei einer Kritik sofort zu rechtfertigen beginnt oder auf Genetisches abzulenken versucht), wird der Widerstand gegen die abgewehrten unbewußten Inhalte verstärkt, und die Ängstlichkeit des Patienten, sich diesen Themen anzunähern, nimmt wieder zu. Besteht hingegen der Analytiker den Test, dann steigt die Wahrscheinlichkeit, daß der Patient seinen Widerstand gegen das Zulassen seiner konflikthaften Themen reduzieren kann. Diese interpersonelle Konzeption des Widerstandes verlangt somit vom Analytiker, keine implizit verurteilende Haltung gegenüber der Existenz von Übertragungs-Widerständen einzunehmen, sondern sich verstärkt in das Selbstverständnis seines Analysanden einzufühlen. Denn dieser muß ja in unterschiedlichem Umfang sein bedrohtes Identitätsgefühl in der Übertragungsbeziehung vis à vis seinem Analytiker, der selbst eine ganz bestimmte Gegenübertragung ausstrahlt, ausbalancieren, und Analytiker wie Analysand müssen einen Weg finden, bei dem das Miteinanderumgehen für beide erträglich bleibt. Die klassisch autoritäre Einstellung "Laß gefälligst Deine Abwehr fallen, weil ich Dich sonst nicht erleben oder spüren kann", übersah, daß es sich bei der analytischen Beziehung um eine Interaktion handelt, an der auch der Analytiker beteiligt ist: Seine Einfühlungsfähigkeit, seine Geschlechtszugehörigkeit, seine Persönlichkeit, sein Alter, und das Insgesamt seiner Gefühle und Haltungen dem Analysanden gegenüber vermitteln dem Analysanden unaufhörlich Signale und Hinweise dafür, wie sicher er sich in dieser Beziehung fühlen darf; daß die intrapsychische Dynamik dabei die Wahrnehmung der Beziehung färbt, bedarf keiner Erwähnung, und daß bei manchen Patienten der Psychoanalytiker trotz maximaler Einfühlung viel Geduld aufbringen muß, hat vor allem die Behandlung von schweren neurotischen Charakterstörungen gelehrt.

Weitere Veränderungen in Theorie und Praxis

Die Einbeziehung der strukturellen Ich-Störung

Mit zu den wichtigsten Veränderungen der zurückliegenden Jahrzehnte zählt zweifelsohne die Ausweitung des psychoanalytischen Behandlungsparadigmas von der strukturierten Neurose als "funktioneller Ich-Störung" zur strukturellen Ich-Störung. Galt im "klassischen Paradigma" der ödipale Konflikt bei einem prinzipiell intakten, aber unter dem Einfluß des neurotischen Geschehens in seiner Funktion beeinträchtigten Ichs als Dreh- und Angelpunkt aller psychodynamischen Überlegungen (z.B. zwangsneurotische Erscheinungen als regressiver Ausdruck mißglückter ödipaler Konfliktbewältigung), so ist immer deutlicher geworden, wie wichtig eine entwicklungspsychologische Konzeptualisierung von Ich-Kompetenzen, wie z.B. Selbst-Objekt-Differenzierung, Entwicklung von Realitätsprüfung, Objektkonstanz, Affekt-Ambivalenztoleranz, Signalangst u.a.m. vom Beginn des Lebens an für das Verständnis psychopathologischer Erscheinungen, vor allem aber der sog. frühen Störungen (wie Psychosen, Borderline, Psychosomatosen und Süchte) wird (vgl. Blanck u. Blanck 1978, 1980, deren entwicklungspsychologischer Ansatz in der BRD vor allem von Fürstenau 1983, 1986, 1989 aufgegriffen und weiter systematisiert wurde). Insbesondere im Hinblick auf die Konzepte der von Klein beeinflußten Objektbeziehungstheoretiker, welche die frühe Mutter-Kind-Beziehung in den Mittelpunkt ihrer entwicklungspsychologischen Betrachtung gerückt haben, merkt Fürstenau (1986, S. 414) an, daß diese "uns überhaupt erst instand gesetzt (haben), verstehenden Zugang zu diesen Strukturbildungsprozessen der Persönlichkeit und damit zusammenhängender Pathologie zu finden und uns vom Adultomorphismus des mit normalem Ich ausgestatteten Erwachsenen möglichst frei zu machen".

Eine Renaissance von M. Klein

In der psychoanalytischen Literatur, vor allem in den behandlungstechnischen Veröffentlichungen nordamerikanischer und bundesrepublikanischer Autoren, finden sich in den letzten Jahren immer häufiger Bezugnahmen auf die Theorie von M. Klein. Konzepte, wie die der paranoid-schizoiden und der depressiven Position, der projektiven Identifizierung werden immer öfter zitiert. Wie ist diese Renaissance zu erklären? Ich denke, daß die ichpsychologischen und in gewissem Umfang auch die objektbeziehungstheoretischen Richtungen eine zu gezähmte, sekundärprozeßhafte Sichtweise der kindlichen Entwicklung gezeichnet und vor allem im Hin-

blick auf die archaische Phantasie- und Affekttätigkeit der ersten Lebensjahre fast so etwas wie eine Leerstelle hinterlassen haben. Gegenüber der friedlich empathischen Welt der Kohutianer haben Klein und ihre Anhänger eine "psychoaggressive" Entwicklungstheorie vorgelegt, die um Affekte des Neides, des Triumphes, der Vergeltung, der Schuld kreist, und eine primärprozeßhafte Phantasiewelt entstehen läßt, in der Affekte wie gefährliche und verfolgende Flüssigkeiten, Substanzen und Körperteile erlebt werden. Die Modernität der Kleinianischen Theorie und ihrer Weiterentwicklung durch ihre Schüler läßt sich vielleicht auch dadurch erklären, daß man sie trotz mancher begrifflichen Ungereimtheiten und empirischen Unstimmigkeiten als eine hochaktuelle Affekttheorie betrachten kann, die auf einer erlebnisphänomenalen Begriffsebene frühkindliche Erfahrungen - nicht nur von schwer und frühgestörten Patienten - auf sehr nachvollziehbare Weise abbildet. Wie Stein (1990) herausgearbeitet hat, sind für M. Klein Affekte die primär motivierenden Kräfte und nicht mehr die Triebe wie bei Freud. Triebe sind hingegen hoch komplexe, leidenschaftliche Bezogenheiten von Liebe und Haß auf andere Menschen, die aus affektiven Zuständen erwachsen. Überaus wichtig für die Entwicklung ist die Regulierung von Affekten, und ein zentrales Entwicklungsprinzip ist die kindliche Omnipotenz - und nicht die kindliche Sexualität - die eine Form der Kontrolle von Affekten darstellt (z.B. grandiose Phantasiewelt zu Abwehr von Hilflosigkeit). Eine adäquate Entwicklung besteht daher auch in der Notwendigkeit, die absolute Affektkontrolle aufzulockern.

Diese Interpretation könnte verständlich machen, warum M. Kleins Theorie gegenwärtig so beliebt ist. Das von ihr entworfene und von anderen Psychoanalytikern (wie z.B. Bion 1957, 1959; Grinberg 1979; Ogden 1979 u.a.) weiterentwickelte Konzept der projektiven Identifizierung schafft zusammen mit dem Container contained-Modell von Bion (1957, 1959) eine exzellente theoretische Grundlage für das Verständnis interaktioneller Austauschprozesse in der analytischen Dyade. Denn wie Eltern versuchen, diejenigen Affekte, von denen sich ihr Kind überwältigt fühlt, und die es deswegen in seine Eltern projizieren muß, in sich aufzunehmen, zu modulieren, zu transformieren und ihnen Bedeutung via anschließender Verbalisierung zu verleihen, so weist auch der Psychoanalytiker in den Behandlungsstunden eine Container-Funktion für seine Patienten auf. Auch er verleiht den Äußerungen, projektiven Identifizierungen und Abwehrexternalisierungen seines Patienten eine Bedeutung, indem er diese Vorgänge zu deuten versucht. Dabei verinnerlicht der Patient nicht nur bisher unverständliche und unannehmbare, mit starken Affekten verbundene Aspekte seines Selbstverständnisses, die ihm sein Analytiker in verdauter und in für ihn verdaubarer Form zurückgibt, sondern nach und nach auch den gesamten Prozeß der Affekteinfühlung, -übernahme und -transformation.

Die allmähliche Integration von theoretischen und behandlungspraktischen Auffassungen über ichstrukturelle, narzißtische und phallisch-ödipale Störungen

Die bei vielen Psychoanalytikern entstandene Euphorie über den neuen und erweiterten Zugang zu einer Reihe von Störungen, bei denen man in der Vergangenheit mit dem theoretischen Verständnis und praktischen Rüstzeug der klassischen Neurosenkonzeption sich immer wieder vor größte Schwierigkeiten gestellt sah, führte in den Augen mancher Kritiker zu einer einseitigen Behandlungsauffassung. Wo sich dem psychodynamischen Verständnis die unbewußte Konfliktinszenierung verbarg, wurde häufig vorschnell zu einer verobjektivierenden Diagnostik ichstruktureller Defizite gegriffen und mit ichaufbauenden, stützenden Vorgehensweisen interveniert.

Es waren vor allem die Arbeiten von Kohut, die in den 70er Jahren den Eindruck entstehen ließen, daß es so gut wie keine klassischen Neurosen mit einem umschriebenen ödipalen Konflikt mehr geben würde, sondern nur noch Patienten mit narzißtischen Störungen, bei denen ein Versagen der elterlichen Selbstobjekte vorliegt. Soziologische und sozialpsychologische Arbeiten über das "Zeitalter des Narzißmus" oder den "narzißtischen Sozialisationstyp" verstärkten diese Auffassung. Ödipale Konflikte, und die auf ihnen basierenden neurotischen Charakterstrukturen und Symptome schienen so gut wie nicht mehr zu existieren. Dem diagnostischen Blick enthüllten sich überall narzißtische Defizite, wie überhaupt die Redeweise von den ichstrukturellen Defiziten und Störungen (im Unterschied zu den ichfunktionellen Störungen) zu einer beliebten facon de parler wurden. Schien anfänglich zumindest noch so etwas wie eine Dichotomie zwischen narzißtischen Störungen und ödipalen Konfliktkonfigurationen zu bestehen, so wurde vom späten Kohut und seinen Schülern alsbald die ödipale Thematik unter die narzißtische Regulation subsumiert. Das Reich des König Ödipus schmolz zusammen, und der narzißtische Glanz im Auge der Mutter wurde nunmehr zum Dreh- und Angelpunkt der kindlichen Sozialisation erklärt.

Gegen diesen doch sehr einseitigen (Mode-)Trend wurden in den 80er Jahren verschiedene Integrationsbemühungen gestartet: Die Beachtung der narzißtischen Phänomene blieb, aber die tendenzielle Entsexualisierung und -aggressivierung wurde wieder aufgehoben (vgl. Grunert 1985), und es wurde aufgezeigt, auf welche Weise narzißtische und konfliktbezogene Aspekte sowohl entwicklungspsychologisch als auch klinisch eng miteinander verbunden sind (z.B. Meissner 1989) und wie sich der ödipale Konflikt auf dem Hintergrund ichstruktureller Beeinträchtigungen - z.B. bei einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation - gestaltet (z.B. Rohde-Dachser 1987).

Diese integrative Sichtweise macht die diagnostische und behandlungspraktische Aufgabe nicht einfacher, wird aber der Differenziertheit und

Komplexität einer psychischen Störung aus heutiger Sicht um vieles gerechter, wozu vor allem auch die Arbeiten von Kernberg (1978, 1988) erheblich beigetragen haben.

Die langsame Öffnung der etablierten Psychoanalyse gegenüber den körperbezogenen Therapieverfahren

Wenngleich die Verwendung körperbezogener Therapieformen (wie z.B. die Konzentrative Bewegungstherapie oder die Integrative Körperpsychotherapie nach G. Downing) in der stationären psychoanalytischen Therapie seit mehreren Jahren gang und gäbe ist, so haben körpertherapeutische Vorgehensweisen als eine der ambulanten Psychoanalyse immanenten Methode erst in den letzten Jahren vereinzelt und zaghaft Eingang in die Praxis gefunden (vgl. z.B. Fürstenau 1983; Moser 1989; Müller-Braunschweig 1989). Liegt dies nun daran, daß hier die letzte Bastion einer klassisch defensiv-objektivierenden Abstinenzhaltung (vgl. Körner u. Rosin 1985) noch unbemerkt stehen geblieben ist? Daß von den Verteidigerneiner - körperliche Berührungen strikt ausklammernden - psychoanalytischen Behandlungsphilosophie bislang nicht realisiert wurde, daß es die absolute spiegel- und Versuchsleiter- analoge Neutralitätsposition sowieso nicht geben kann? Hat hier die psychoanalytische Praxiserfahrung mit der oben erwähnten Weiterentwicklung psychoanalytischer Theorien über frühe Störungen des Ichs nicht Schritt halten können? Denn auf dem Hintergrund entwicklungspsychologischen Wissens um die Entstehung ichstruktureller Kompetenzen, die insbesondere im ersten Lebensjahr noch eng mit körperlichen Prozessen verwoben sind, ist durchaus zu überlegen, ob therapeutische Einflußnahmen nicht auch oder sogar vor allem körperzentrierte Formen des therapeutischen Umgangs mit diesen Patienten erforderlich machen. Dies setzt eine umfassende Einarbeitung in die leibbezogenen Interaktionsmodi zwischen Mutter und Kind in den ersten Lebensmonaten voraus. Fürstenau (1989, S. 26) vertritt die Auffassung, daß eine sehr intensive Beschäftigung mit dem Thema des körpertherapeutischen psychoanalytischen Zugangs in den nächsten Jahren anstehen wird, vor allem auch deshalb, weil "der psychotherapeutische Zugang zu strukturell ich-gestörten Patienten in vielen Fällen nur sehr mühsam und unter beträchtlichen klinischen Kautelen, wenn überhaupt, auf dem üblichen verbalen analytischen Weg zu gewinnen ist". Viele Fragen bleiben hierbei natürlich offen, wie z.B. die folgende: Obwohl die affektiven Erfahrungen gerade zu Beginn des Lebens ganz eng mit dem Leiblichen und dem Motorischen verbunden sind, reagiert eine einfühlsame Mutter auf einen körperlich mitgeteilten Affekt ihres Kindes nicht nur körperlich affektiv, sondern sehr oft in einer anderen Sinnesmodalität. Sie "verwörtert" nämlich ihrem Kind dessen unannehmbare affektive Erfahrungen, und ihre Einfühlung und ihre Affektmodulierung machen diese für ihr

Kind erst erträglich. Natürlich kennt nahezu jeder Therapeut aber auch Patienten, die über lange Zeit hin eine totale Affektisolierung aufweisen, und wo das liebevollste Holding und geduldigste Containing so gut wie nichts bewirken, die körperliche Berührung hingegen einen affektiven Durchbruch auslösen kann, der dann analytisch bearbeitbar ist. Oder: Sind Erfahrungen, die offenbar auf lebensgeschichtlich frühe Erlebnisse verweisen und damit in besonderem Maße den Einsatz körperbezogener Vorgehensweisen zu rechtfertigen scheinen, tatsächlich immer in dieser Zeit entstanden? Wo bleibt die Berücksichtigung des wichtigen psychoanalytischen Konzepts der Nachträglichkeit und damit der Erkenntnis, daß psychische Ereignisse fortwährend überformt werden, und Frühes von Späterem, z.B. kleinkindhafte Bedürfnisse nach Zärtlichkeit von späteren Bedürfnissen nach Sexualität gar nicht mehr so recht zu trennen sind. Läßt sich dies tatsächlich immer auseinanderhalten oder gar riechen, wie Moser (1990) dies jüngst ausgedrückt hat?

Die Ausweitung der Indikationsstellung psychoanalytischer Psychotherapie auf ältere Menschen

Lange Zeit gab es gerade in der Psychoanalyse das Verdikt, daß älteren Menschen aufgrund der Chronifizierung ihrer charakterneurotischen und psychosomatischen Störungen mit einer konfliktaufdeckenden Therapie nicht zu helfen sei. In dieser Einstellung spiegelten sich sicherlich auch unreflektierte gesellschaftliche Ideologien gegenüber dem Alter wider. Für den Produktionsprozeß nicht mehr tauglich, zu einem oftmals kümmerlichen Rentnerdasein verdammt, von den Jüngeren abgeschoben, für inkompetent, schwach und asexuell erklärt, das waren und sind immer noch geläufige Stereotypien über Menschen jenseits der Sechzig. So berechtigt manche psychoanalytische Bedenken hinsichtlich Veränderbarkeit und Flexibilität des Charakters bei älteren Menschen auch sind, so wurde von Psychoanalytikern in der Vergangenheit jedoch übersehen, daß sich die durchschnittliche Lebenserwartung seit der Jahrhundertwende um ca. 50% nach oben verschoben hat. Auch ist hinlänglich bekannt, daß viele Menschen erst im späteren Leben ihre volle schöpferische und soziale Potenz entfalten (wie z.B. Psychoanalytiker), ja daß es nach wie vor Berufe gibt, in denen die Weisheit und Erfahrung des Alters von großer Bedeutung sind. Radebold (1989) vermutet eine unbewußte Rache der Jüngeren an der Generation, die den Nationalsozialismus und den Holocaust mitgetragen hat. Wie anders ist es zu erklären, daß älteren Menschen gerade in der BRD menschliche Formen psychotherapeutischer Hilfe in großem Umfang verweigert werden.

Erst in den 70er Jahren - vielleicht aufgrund der verändertenBevölkerungsstruktur und des wachsenden Interesses an gerontologischen und geriatrischen Fragestellungen - wuchs auch innerhalb der Psychoanalyse das Interesse an einer psycho

analytischen Behandlung dieser Altersgruppe. Wegweisend hierfür waren neben Autoren wie z.B. Delius 1990; Hinze 1987; King 1974, 1980; Pollock 1982; Wylie und Wylie 1987 in der BRD vor allem die Arbeiten von Radebold (1979, 1983, 1989, 1990; Radebold et al. 1982, 1987).

Folgende Gesichtspunkte sind bei der analytischen Psychotherapie besonders zu berücksichtigen: intensive Reflexion der Gegenübertragung des zumeist jüngeren Psychotherapeuten, der vor allem anfänglich seine älteren Patienten wie eine Elternfigur wahrnimmt und unbewußte Konflikte auf diese überträgt; gründliche Auseinandersetzung mit den Problemen des Alterns, des Aufgebens von beruflichen Rollen und expansiver Ziele, mit Krankheit, Verlust und Tod; in der Regel mehrere Erstinterviewsitzungen und Toleranz gegenüber häufig erfolgenden parallelen Mitbehandlungen sowie eine Abstimmung mit den entsprechenden Personen, die Betreuungsfunktionen ausüben.

Die Diversifikation psychoanalytisch-psychotherapeutischer Verfahren bis hin zur stationären psychoanalytischen Therapie

Vor allem in der BRD kam es in den letzten zwei Jahrzehnten - von vielen unbemerkt - zu einer fruchtbaren Ausweitung der psychotherapeutischen Versorgung im stationären Bereich. Die psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken entwickelten ein Konzept einer stationär psychoanalytischen Therapie, die vor allem für schwerer gestörte Patientengruppen mit psychosenahen Persönlichkeitsstörungen, psychosomatischen Erkrankungen und Süchten notwendig und angezeigt ist (vgl. Ermann 1979; Heigl u. Neun 1981; Janssen 1983, 1987; Lohmer 1988), die von niedergelassenen Psychotherapeuten aus verschiedenen Gründen eher ungern behandelt werden, und wofür diese sich häufig auch nicht genügend kompetent fühlen. Im Unterschied zur ambulanten psychoanalytischen Therapie erfolgt die stationäre psychoanalytische Psychotherapie in einem multipersonalen Beziehungsfeld; verschiedene Therapieangebote unterschiedlich vorgehender Therapeuten und die damit einhergehende Reinszenierung diverser Übertragungsebenen und -facetten eines Patienten erfordern eine Absprache und Aufarbeitung in einem psychoanalytisch orientierten Team. Integrative Behandlungskonzepte verlangen vom Psychoanalytiker, der herkömmlich eher zum sensiblen Einzelkämpfer sozialisiert wird, Toleranz für nichtpsychoanalytische Therapieformen und die Kooperation mit den verschiedenen therapeutischen Mitarbeitern. Integrativ heißt hierbei eine Behandlungskonzeption, wenn "jedes Beziehungsfeld in seiner jeweiligen spezifischen Ausprägung einen eigenständigen, aber psychoanalytisch geförderten und verstandenen therapeu

tischen Umgang mit dem Patienten hat" (Janssen u. Paar 1989, S. 95). Administration, Stationsordnung und Pflege sind hierbei ebenfalls als explizite therapeutische Aufgaben zu betrachten.

"Die stationäre psychoanalytische Therapie stellt also einen umfassenden therapeutischen Raum zur Verfügung, von der Gewährung der Bedürfnisse nach Zuwendung und den versorgenden Diensten einer frühen Mutter und der Abschwächung dieser Bedürfnisse, die über Symbolbildungen malerischer, musikalischer und sprachlicher Art geschieht. Auf diese Weise sollen Individuation und Loslösung vorbereitet werden. Das stationäre Setting scheint daher besonders geeignet zu sein, den Patienten mit unabgeschlossenen somato-psycho-sozialen Individuationsphasen gerecht zu werden und den Weg der Loslösung des Körpers wie der Seele von der Mutter beschreiten zu helfen" (Janssen u. Paar 1989, S. 97).

Eine Rehabilitierung der psychoanalytischen Psychotherapie in den USA

Eine von Pulver (1978) Mitte der 70er Jahre unter amerikanischen Psychoanalytikern durchgeführte Fragebogenerhebung, an der sich 62% der Mitglieder der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung beteiligten, ergab, daß mehr als 70% der Patienten mit anderen Verfahren als dem des psychoanalytischenStandardverfahrens behandelt wurden. Bei 67% der Patienten hatten die Analytiker den Eindruck, daß sie für eine Psychoanalyse zum Untersuchungszeitpunkt, aber auch zukünftig nicht geeignet sein würden. Es war nicht zuletzt diese Untersuchung, die darauf aufmerksam machte, daß selbst psychoanalytische Vollblutanalytiker wahrscheinlich viel mehr psychotherapeutische Verfahren praktizierten als eine Langzeitanalyse mit vier Wochenstunden (für die sich ohne Kassenbezuschussung auch nur wenig Patienten finden lassen). Im Schlußbericht des Psychotherapie-Forschungsprojekts der Menninger Foundation "Forty-Two Lives in Treatment" von Wallerstein (1986), in dem Langzeiterhebungen an 42 Patienten dokumentiert sind, wechselten von 22 Patienten, die ursprünglich mit einer Psychoanalyse begonnen hatten, sechs zu einer psychoanalytischen Psychotherapie über, weil die Analyse auch nach längerer Zeit zu keinem erkennbaren Erfolg geführt hatte. Von den ursprünglich 20 Patienten in Psychotherapie (die meisten davon waren als Borderlinefälle eingestuft) erlebten 12 Patienten die Therapie als hilfreich für ihr Leben.

Auch diese Untersuchung ist ein Beweis dafür, daß das psychoanalytische Standardverfahren nicht für jeden therapiewilligen Patienten indiziert ist, daß der Wechsel von Psychotherapie zur Psychoanalyse sinnvoll sein kann (z.B. Levine 1985) und daß die Zeiten, in denen die psychoanalytische Psychotherapie in Amerika aus

berufspolitischen Gründen mit Formen einer selbstgestrickten und unter Psychiatern weit verbreiteten, mit dürftigen psychoanalytischen Kenntnissen versehenen Wald- und Wiesentherapie gleichgesetzt wurde, wohl endgültig vorbei sind (vgl. Fancher 1990). Nach Stone (1982) kann man sogar davon ausgehen, daß eine lege artis durchgeführte analytisch orientierte Psychotherapie schwieriger sei als eine Psychoanalyse.

Auch in der BRD stößt man in jüngster Zeit auf Diskussionen über lange Zeit unhinterfragte Grundsatzpositionen. So findet sich auf der einen Seite eine Herausarbeitung der genuin psychoanalytischen, auf die Bewußtmachung unbewußter Vorgänge abzielenden Einstellung, die zumeist mit der Betonung hochfrequenter und langdauernder Psychoanalysen einhergeht. Ein prominenter Vertreter dieser Auffassung ist z.B. Nedelmann (1990a, b; Nedelmann und Reiche 1990), der vor allem bedauert, daß diese Form der Psychoanalyse nach den Psychotherapie-Richtlinien nur noch als "die Ausnahme von der Regel" (1990a, S. 1) gilt. Auf der anderen Seite steht das Plädoyer für eine viel häufigere Indikationsstellung für eine niederfrequente psychoanalytische Therapie, die derzeit am pointiertesten von Hoffmann (1983, 1989, 1990) vertreten wird.

Betonen die einen - wie Nedelmann und Reiche (1990) - die Wichtigkeit einer zyklischen Zeiterfahrung für den Patienten im Rahmen einer nicht terminierten, hochfrequenten Psychoanalyse, so sieht der andere in der Wahl dieser Therapieform häufig auch Bequemlichkeit und einen Mangel an sozialer Verantwortung auf seiten des Analytikers. Und stellt für die Verfechter der hochfrequenten Langzeitanalyse diese die anspruchsvollste und am schwierigsten zu erlernende psychoanalytische Therapieform dar, so gilt für Hoffmann (1983, S. 191): "Obwohl die niederfrequente Therapie zunehmend ein Instrument der minderqualifizierten Therapeuten zu werden droht, muß festgehalten werden, daß sie die größere Erfahrung voraussetzt".

Kontroversen wie diese sind nützlich und existieren m. E. noch viel zu selten. Sie helfen, aus dem Erfahrungsschatz praktizierender Analytiker Argumente für bestimmte Indikationen zu finden und ideologisch eingeschworene Positionen zu verflüssigen. Dabei darf freilich nicht übersehen werden, daß das Antragsverfahren entsprechend den Psychotherapie-Richtlinien den pragmatischen Rahmen absteckt, von dem alle Indikationsüberlegungen zu einem gut Teil beeinflußt sind. Denn bislang erfordert die Anwendung niederfrequenter Therapie immer noch einen grösseren Arbeitsaufwand bei der Antragstellung (ähnliches gilt auch für die Gruppentherapie).

Einige Trends der letzten Jahre

Auf dem Weg zum Laienanalytiker?

Während in den USA vor kurzem Diplom-Psychologen und psychologisch vorgebildete Psychoanalytiker gerichtlich erzwungen haben, daß sie uneingeschränkten Zugang zur psychoanalytischen Weiterbildung und Berufsausübung erhalten (vgl. Cooper 1990), und damit ihre Diskriminierung gegenüber den ärztlichen Psychoanalytikern ein Ende gefunden zu haben scheint, beschäftigt sich hierzulande derzeit eine von der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie eingesetzte Arbeitsgruppe "Fachpsychologen in der DGPT" mit der Frage der Zulassung von Bewerbern mit anderer als ärztlicher und psychologischer Vorbildung. Dabei scheint vorläufig eine weitgehende Einigkeit darüber zu bestehen, daß diese sog. "Laien" nur in besonderen Ausnahmefällen zuzulassen sind (vgl. Meyer 1990, S.1). Ohne Zweifel könnte die Psychoanalyse als Wissenschaft von nichtärztlichen und nichtpsychologischen Kandidaten profitieren; denn die Beschränkung auf diese beiden Studienfächer garantiert nicht von vornherein einen hohen Ausbildungs- und Forschungsstandard, und Medizin- und Psychologieabsolventen haben wohl kaum Einfühlungsvermögen, Interesse an menschlichen Schicksalen, Fähigkeit zur Selbstreflexion u. a. m. allein für sich gepachtet.

Wie sensibel bei dieser Thematik der Einbeziehung von "Laien" allerdings das Establishment reagiert, zeigt die Auflistung von Befürchtungen, die Cooper (1990) wahrscheinlich stellvertretend für viele amerikanische, ärztlich vorgebildete Psychoanalytiker äußert. So sei eine "Entmedizinalisierung" der amerikanischen Psychoanalyse die unmittelbare Folge; immer weniger medizinische Bewerber werden sich für die Psychoanalyse interessieren, wenn diese auch den Psychologen offensteht, viele Studenten werden erst gar nicht mehr das langwierigere, lernintensivere Fach der Medizin wählen, sondern gleich Psychologie studieren, mit der Folge, daß das Niveau psychoanalytischer Weiterbildung sinken wird; die Psychoanalyse wird innerhalb der Psychiatrie an Prestige verlieren, die (in Amerika) bis zur Gegenwart psychoanalytische Ausbildungs- und Forschungsinstitute häufig auch finanziell unterstützt hat, Psychotherapie wird immer stärker als eine nichtmedizinische Tätigkeit wahrgenommen werden, die Forschungstätigkeit wird rapide zurückgehen und der hohe Anteil weiblicher Studenten in Psychologie wird zu einer Feminisierung und damit zu einer weiteren Statusverringerung der amerikanischen Psychoanalyse führen.

Am Ende seiner düsteren Prophezeiungen - oder sollte man sich darüber eher freuen? - sieht Cooper eine Identitätsdiffusion verheerenden Ausmaßes.

Liegt das Glück der Psychoanalyse in der klinischen Forschung?

In den letzten 40 Jahren hat das Interesse an Psychoanalyse in vielen Ländern dieser Welt zugenommen; die psychoanalytischen Weiterbildungsinstitute in der BRD verzeichnen einen ständig größer werdenden Zustrom an Bewerbern. In den USA erlebte die Psychoanalyse in den Jahren nach dem 2. Weltkrieg eine Hochblüte, verlor in den 60er und 70er Jahren wegen des Einflusses behavioristischer Lerntheorien und humanistischer Therapieverfahren bei jungen Menschen an Anziehungskraft, eroberte diese aber vor allem hinsichtlich ihrer theoretischen Erklärungskraft in den 80er Jahren zurück (vgl. Cooper 1990). Wegen der zuvor schon erwähnten Entmedizinalisierung sieht dieser Autor aber auch die Gefahr, daß die Psychoanalyse zwar als faszinierende Theorie des 20. Jahrhunderts von einer Reihe von Nicht-Psychoanalytikern, wie Wissenschaftsphilosophen, Historikern, Literaturkritikern immer gründlicher erforscht wird, daß aber die klinische Forschung immer stärker zu einer unsystematischen Aneinanderreihung klinischer Vignetten und behandlungspraktischer Anekdoten verkommt. Notwendig wird deshalb für diesen Autor eine stärkere wissenschaftliche Einbindung der klinischen Psychoanalyse in die Forschung. Es gibt in den USA - ähnliches gilt für die BRD - bislang viel zu wenig Forscher, die an Universitäten und Forschungsinstituten die Psychoanalyse ganztags erforschen. Das hängt natürlich auch damit zusammen, daß für die meisten psychoanalytisch orientierten Kliniker die praktische Arbeit viel befriedigender und häufig auch ökonomisch ergiebiger ist. Wo bleiben die psychoanalytischen Forscher, wo bleibt die psychoanalytische Universität, wo ein psychoanalytisches Max-Planck-Institut? Ohne Forschung - so befürchten manche Pessimisten - wird die Psychoanalyse in nicht allzu ferner Zukunft den Anschluß an die modernen Wissenschaften verlieren und jenseits der Jahrtausendwende vielleicht nur noch als interessante Theorie und Therapieform des 20. Jahrhunderts Erwähnung finden. Andererseits darf aber nicht vergessen werden, daß Psychoanalytiker weltweit über einen gewaltigen, tiefenhermeneutisch gewonnenen Erfahrungsschatz an psychodynamischem und ätiologischem Wissen, an behandlungstechnischen Kenntnissen und Fertigkeiten, der sich in vielen Fällen durchaus generalisieren läßt, verfügen. Bislang steht aber die Systematisierung dieses Wissens noch aus, und aufgrund dieser mangelnden Wissensorganisation verfügt jeder einzelne Psychoanalytiker nur über einen kleinen Teil dieses Schatzes.

Aber macht Forschung wirklich glücklich und frei? Und stellen wir unser Licht nicht pausenlos unter den Scheffel, wenn wir meinen, nur eine an naturwissenschaftlichen Standards orientierte Forschung könne die Richtigkeit unseres Vorgehens beweisen? Übersehen wir dabei nicht, daß wir es mit dem komplexesten aller "Forschungsgegenstände", mit dem menschlichen bewußten und unbewußten Erleben, das nur im Dialog und per Einfühlung seine Geheimnisse verrät, zu tun haben? Sind unsere naturwissenschaftlichen Kollegen, die unablässig experimentie-

ren, zählen und messen, denn wirklich weiter gekommen als wir? Forschung kann wie eine Waffe, wie ein Machtinstrument benützt werden, um andere zu diskriminieren. Niemand aber hat bislang darüber Aufschluß verlangt, was unter dem Strich von naturwissenschaftlich orientierter Forschung im humanwissenschaftlichen Bereich im Verlauf der letzten Jahrzehnte wirklich an Nennenswertem hervorgebracht worden ist. Außerdem darf bei der in den letzten Jahren aus vielen Ecken tönenden Kritik von Außenstehenden über den Mangel an empirischer Forschung in der Psychoanalyse nicht vergessen werden, daß die Psychoanalyse zwar z.B. im Vergleich zu der im universitären Forschungsbetrieb organisierten Psychologie nur einen Bruchteil des gewaltigen Forschungsvolumens dieser Disziplin hervorgebracht hat, daß ihre Forschung aber immer im höchsten Maße gesellschaftliche Relevanz und externe Validität aufwies, dabei nicht nur angewandte Forschung, sondern auch durchaus Grundlagenforschung enthielt. Es existieren in der Psychoanalyse auch kaum Wissensbestände, die einige Jahre später schon wieder veraltet sind, oder die aus (modischen) Minitheorien bestehen, die meistens ad acta gelegt werden, wenn ihre Begründer an Popularität verlieren, aber beileibe keinem Falsifikationsprozeß unterliegen, wie Schreibtisch-Wissenschaftstheoretiker uns weißmachen wollen. Außerdem zeigen ein paar Blicke in derzeitige Überlegungen und Forschungsbemühungen um eine angemessene Psychotherapie-Verlaufsforschung, daß gegenwärtig allein die psychoanalytische Theorierichtung die Komplexität der Therapeut-Patient-Beziehung angemessen erfassen kann und dazu eine Reihe von Meßmethoden entwickelt hat, die derzeit auf ihre Praktikabilität hin überprüft werden (vgl. Tress 1989).
Schon 1987 konnte deshalb der Berner Psychotherapieforscher Caspar feststellen:

"Tatsächlich haben sich einige psychoanalytische Forscher in den letzten Jahren schon fast mehr um Objektivität und Reliabilität bemüht als Verhaltenstherapeuten ... Zur Zeit bahnen sich hoffnungsvolle Diskussionen unter anderem zwischen Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytikern an, so z.B. im Rahmen der "Society für Psychotherapy Research" (S. 8).

Bei allem Stolz, zu dem einige psychoanalytisch Forschende in der psychoanalytic community Anlaß geben, darf aber auch die Kritik an der alleinigen Priorität eines überwiegend empirisch positivistisch orientierten Vorgehens nicht vergessen werden:

"Es drängt sich der Verdacht auf, als würde der herrschende Zeitgeist mit einer Repositivierung der psychoanalytischen Theorie einhergehen. Was man beobachten kann, zählt (baby-watching), was man zählen kann, gilt (Computerauswertung von Gesprächsverläufen im psychoanalytischen Behandlungsprozeß)" (Michaelis 1990, S.205).

Dabei wird bei einer vorschnellen Empirisierung möglicherweise übersehen, daß der psychoanalytische Forschungsprozeß eigener methodologischer und methodischer Überlegungen bedarf, die bislang erst programmatisch vorliegen.

Organisation impliziter Theorien und Theorienvergleiche

Nicht weniger wichtig als eine nach modernen empirischen Kriterien erfolgende Forschung ist die systematische Sichtung der zumeist auf tiefenhermeneutischem Weg gewonnenen und aufgestellten theoretischen Verallgemeinerungen, die in der Psychoanalyse mittlerweile einen Theoriepluralismus begründen, der nicht nur auf Außenstehende manchmal wie ein kreativer Wildwuchs wirken kann.

"Heute ... leben wir mit einer bunten Mischung von Theorieansätzen, als da sind: Ich-Psychologie, Psychologie des Selbst, Theorien der Objektbeziehungen, wiederbelebte Elemente der Theorie zwischenmenschlicher Beziehungen, Lacansche Theorieableger, solche in der Nachfolge Melanie Kleins und andere" (Cooper 1988, S. 64f.).

Aus diesem Grund wurde in den letzten Jahren damit begonnen, Theorienvergleiche durchzuführen (z.B. Gedo u. Goldberg 1973; Greenberg u. Michell 1983; Rothstein 1985; King u. Steiner 1990), die impliziten und intuitiven Wissensbestände von Psychoanalytikern, die vor allem im klinisch angewandten Bereich existieren und in keinem Lehrbuch auftauchen, zu explizieren, wozu z.B. Sandler et al. (z.B. 1983, 1989) mit der Initiierung von Gesprächszirkeln beigetragen haben. Forschungsarbeiten und Symposien, in denen Psychoanalytiker verschiedener Schulrichtungen gebeten wurden, ihre Interpretationen und behandlungstechnischen Auffassungen anhand eines allen Beteiligten vorliegenden Verbatimprotokolls zu verdeutlichen (vgl. z.B. Pulver 1987) waren bedeutsame Schritte in Richtung auf einen Vergleich und die mögliche Integration der schulengebundenen Auffassungen. Nicht weniger wichtig waren in den zurückliegenden Jahren wissenschaftshistorische und psychologische Arbeiten (z.B. Sulloway 1982; Krüll 1979; Körner 1989), die fast immer auch behandlungstechnische Konsequenzen beinhalten und schließlich ideologiekritische Arbeiten (z.B. Schülein 1975), in letzter Zeit vor allem über die androzentrischen Aspekte verschiedener psychoanalytischer Theoriebestandteile, aber auch über Theorien der Geschlechterdifferenz (z.B. Rohde-Dachser 1989).

Diese in den letzten Jahren begonnene Zusammenschau der mittlerweile vielfältigen, zumeist schulengebundenen Theorien und Propositionen, und die teilweise schon vorgenommene Explikation unterschiedlicher Vorannahmen bezüglich Anlage und Umwelt, der primären Motivationskräfte, entwicklungspsychologischer Phasenlehre, Menschenbilder u.a.m. könnten die eklektizistische Verwendung von

Theorieelementen aus unterschiedlichen und hinsichtlich ihrer Vorannahmen nicht miteinander kompatiblen Theoriegebäuden reduzieren helfen, die Grundlage für eine einigermaßen konsistente psychoanalytische Theoriesprache schaffen, viele scheinbare Selbstverständlichkeiten einer Revision unterziehen, aber auch aufzeigen, daß manche auf den ersten Blick unvereinbare Konzepte den gleichen Sachverhalt mit verschiedenen Metaphern beschreiben.

Literatur

Abend SM (1988) Intrapsychic versus interpersonal: The wrong dilemma. Psychoanal Inq 8: :497 - 504

Bion WR (1957) Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. Int J Psychoanal 38 : 266 - 275

Bion WR (1959) Attacks on linking. Int J Psychoanal 40 : 308 - 315

Blanck G , Blanck R (1978) Angewandte Ich-Psychologie. Klett, Stuttgart

Blanck G, Blanck R.(1980) Psychoanalytische Entwicklungspsychologie. Klett, Stuttgart

Brenner C (1979) Working alliance, therapeutic alliance, and transference. J Am Psychoanal Assoc (Suppl) 27 : 137 - 157

Caspar F (1987) Was ist aus der guten alten Verhaltensanalyse geworden? In : Caspar F (Hrsg) Problemanalyse in der Psychotherapie. Bestandsaufnahme und Perspektiven. DGVT, Tübingen, S 1 - 19

Cooper AM (1988) Hundert Jahre Psychoanalyse: Beginn der Reife. Psyche 42 : 53 - 74

Cooper AM (1990) The future of psychoanalysis: challenges and opportunities. Psychoanal Q LIX : 177 - 196

Cremerius J (1990) Psychoanalytische Therapie: Ideal und Realität. Psyche 44 : 1 - 29

Dantlgraber J (1982) Bemerkungen zur subjektiven Indikation für Psychoanalyse. Psyche 36 : 193 - 225

Delius P (1990) Zur Psychodynamik der Spätdepression. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Involutionsmodell. Prax Psychother Psychosom 35 : 13 - 20

Deserno H (1990) Die Analyse und das Arbeitsbündnis. Eine Kritik des Arbeitsbündniskonzepts. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien

Emde RN (1988) Development terminable and interminable II. Recent psychoanalytic theory and therapeutic considerations. Int J Psychoanal 69 : 283 - 296

Ermann M (1979) Gemeinsame Funktionen therapeutischer Beziehungen bei stationärer Anwendung der Psychoanalyse. Z Psychosom Med Psychoanal 25 : 333 - 341

Fancher E (1990) A training analysis for psychoanalytic psychotherapists. Psychoanal Rev 77 : 41 - 57

Fürstenau P (1983a) Einige Bemerkungen zur psychoanalytischen Behandlung basaler leibnaher Störungen. Material Psychoanal 9 : 40 - 46

Fürstenau P (1983b) Paradigmawechsel in der Psychoanalyse (angesichts der strukturellen Ich-Störungen). In: Studt HH (Hrsg) Psychosomatik in Forschung und Praxis. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 119 - 136

Fürstenau P (1986) Wandlungen des Verständnisses und der Therapie psychogener Störungen in jüngster Zeit. In: Kisker KP et al.(Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, 3. Aufl, Bd I Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 411 - 441

Fürstenau P (1989) Ich-psychologische Konsequenzen der Ausweitung des Anwendungsbereiches der Psychoanalyse. In: Janssen PL, Paar GH (Hrsg) Reichweite der psychoanalytischen Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 21 - 31

Gedo JE, Goldberg A (1973) Models of the Mind. A Psychoanalytic Theory. Univ Chicago Press, Chicago London

Gill MM (1983) The point of view of psychoanalysis. Energy discharge or person. Psychoanal Contemp Thought 6 : 523 - 551

Gill MM (1984) Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. Int Rev Psychoanal 11 : 161 - 179

Greenberg JR, Mitchell SA (1983) Object Relations in Psychoanalytic Theory. Harvard Univ Press, Cambridge, Mass

Greenson RR (1965) The working alliance and the transference neurosis. Psychoanal Q 34 : 155 - 181. Deutsch: Das Arbeitsbündnis und die Übertragungsneurose. Psyche 20 : 81 - 103 (1966)

Grinberg L (1979) Projective counteridentification and countertransference. In: Epstein L, Feiner AH (eds) Countertransference. Aronson, New York, pp 169 - 191

Grunert U (1985) Zur Integration von Selbstpsychologie und Psychoanalyse auf entwicklungspsychologischer Grundlage. Dargestellt am Fall Louisa A. von P. Tolpin. Psyche 39 : 708 - 737

Heigl F, Neun H (Hrsg) (1981) Psychotherapie im Krankenhaus. Behandlungskonzepte und -methoden in der stationären Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Hoffmann SO (1983) Die niederfrequente psychoanalytische Langzeittherapie. Konzeption, Technik und Versuch einer Abgrenzung gegenüber den klassischen Verfahren. In: Hoffmann SO (Hrsg) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt aM, S 183 - 193

Hoffmann SO (1989) Psychoanalyse mit einer Wochenstunde. Zur Konzeption und Technik der niederfrequenten psychoanalytischen Langzeittherapie. In: Janssen PL, Paar GH (Hrsg) Reichweite der psychoanalytischen Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 45 - 54

Hoffmann SO (1990) Ist die "rite" Psychoanalyse wirklich Psychotherapie im Sinne der Richtlinien? Forum Psychoanal 6 : 163 - 166

Janssen PL (1983) Behandlungsmodelle der stationären Psychosomatik und Psychotherapie. Prax Psychother Psychosom 28 : 95 - 102

Janssen PL (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett-Cotta,Stuttgart

Janssen PL Paar GH (Hrsg) (1989) Reichweite der psychoanalytischen Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Kernberg O (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt aM

Kernberg O (1988) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Klett, Stuttgart

King P (1974) Notes on the psychoanalysis of older patients. Reappraisal of the potentialities for change during the second half of life. J Anal Psychol 19 : 22 - 37

King P (1980) The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of the middle-aged and elderly. Int J Psychoanal 61 : 153 - 160

King P, Steiner R (1990) The Freud-Klein Controversies 1941 - 45. The New Library of Psychoanalysis. Tavistock, Routledge

Klöß L (1988) Geschlechtstypische Sprachmerkmale von Psychoanalytikern. Ulmer Textbank, Ulm

Körner J (1989) Kritik der "therapeutischen Ich-Spaltung". Psyche 43 : 385 - 396

Körner J, Rosin U (1985) Das Problem der Abstinenz in der Psychoanalyse. Forum Psychoanal 1 : 25 - 47

Krüll M (1979) Freud und sein Vater. Die Entstehung der Psychoanalyse und Freuds ungelöste Vaterbindung. Beck, München

Lasky R (1989) Some determinants of the male analyst´s capacity to identify with female patients. Int J Psychoanal 70 : 405 - 418

Lester EP (1990) Gender and identity issues in the analytic process. Int J Psychoanal 71 : 435 - 444

Levine H (1985) Psychotherapy as the initial phase of a psychoanalysis. Int Rev Psychoanal 12 : 285 - 297

Lohmer M (1988) Stationäre Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Mertens W (1990) Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd 3. Kohlhammer, Stuttgart

Meissner WW (1989) Ein Fall von phallisch-narzißtischer Persönlichkeit. Psyche 43 : 66 - 94

Meyer W (1990) Arbeitsgruppe "Fachpsychologen in der DGPT". Kommentar zum Entwurf eines Psychotherapeutengesetzes. In: Mitgliederschreiben der DGPT, 2. August 1990

Michaelis D (1990) Eigentlich ist schon alles gedacht und gesagt - warum handeln wir nicht? In: Zepf S (Hrsg) "Wer sich nicht bewegt, der spürt auch seine Fesseln nicht." Anmerkungen zur gegenwärtigen Lage der Psychoanalyse. Nexus, Frankfurt aM, S 191 - 214

Mitchell SA (1988) The intrapsychic and the interpersonal: Different theories, different domains, or historical artifacts? Psychoanal Inq 8: 472 - 496

Moser T (1989) Körpertherapeutische Phantasien. Psychoanalytische Fallgeschichten neu betrachtet. Suhrkamp, Frankfurt aM

Moser T (1990) Persönliche Mitteilung

Müller-Braunschweig H (1989) Bild, Körperbild und Psychoanalyse. In: Janssen PL, Paar GH (Hrsg) Reichweite der psychoanalytischen Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 75 - 91

Nedelmann C (1990a) Die Psychoanalyse als Krankenbehandlung in der kassenärztlichen Versorgung. 1. Teil: Ein Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien. Forum Psychoanal 6 : 1 - 14

Nedelmann C (1990b) Die Psychoanalyse als Krankenbehandlung in der kassenärztlichen Versorgung. 2. Teil: Ein Leitfaden zur Antragstellung. Forum Psychoanal 6 : 147 - 162

Nedelmann C, Reiche R (1990) Analyse und Analysieren im Spiegel einer empirischen Studie. Psyche 44 : 202 - 217

Ogden TH (1979) On projective identification. Int J Psychoanal 60 : 357 - 373. Deutsch: Die projektive Identifikation. Forum Psychoanal 4 : 1-21 (1988)

Pulver SE (1978) Survey of psychoanalytic practice 1976. Some trends and implications. J Am Psychoanal Assoc 26 : 615 - 631

Pulver SE (1987) Prologue: How theory shapes technique. Perspectives on a clinical study. Psychoanal Inq 7 : 141 - 145

Radebold H (1979) Der psychoanalytische Zugang zu dem älteren und alten Menschen. In: Petzold H, Bubolz E (Hrsg) Psychotherapie mit alten Menschen. Junfermann, Paderborn, S 89 - 108

Radebold H (Hrsg) (1983) Gruppenpsychotherapie im Alter. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Radebold H (1989) Psychotherapie. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller Ch, Strömgren E (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart.,3. Aufl., Bd 8 : Alterspsychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Radebold H (1990) Zur Indikationsstellung der Psychotherapie bei über 50 - 60jährigen. In: Schneider W (Hrsg) Indikationen zur Psychotherapie. Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme. Beltz, Weinheim Basel, S 115 - 132

Radebold H, Schlesinger-Kipp G (1982) Familien- und paartherapeutische Hilfen bei älteren und alten Menschen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Radebold H, Rassek M, Schlesinger-Kipp G, Teising M (1987) Zur psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen. Lambertus, Freiburg

Rohde-Dachser C (1987) Ausformungen der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzißtischen und Borderline-Störungen. Psyche 41 : 773 - 799

Rohde-Dachser C (1989) Unbewußte Phantasie und Mythenbildung in psychoanalytischen Theorien über die Differenz der Geschlechter. Psyche 43 : 193 - 218

Rothstein A (ed) (1985) Models of the Mind. Their Relationships to Clinical Work. Int Univ Press, Madison

Sandler J (1983) Die Beziehung zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis. Psyche 37 : 577 - 595

Sandler J, Sandler A-M (1983) The second censorship, the three box model and some technical implications. Int J Psychoanal 64 : 413 - 425

Sandler J, Dreher AU, Drews S (1989) Ein Ansatz zu psychoanalytischer Konzeptforschung - illustriert am Beispiel des psychischen Traumas. Z Psychoanal Theor Prax 4 :
307 - 321

Schülein JA (1975) Das Gesellschaftsbild der Freudschen Theorie. Campus, Frankfurt aM

Stein R (1990) A new look at the theory of Melanie Klein. Int J Psychoanal 71 : 499 - 511

Sterba R (1934) Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. Int Z Psychoanal 2 : 66 - 73

Stone L (1982) The influence and the practice and theory of psychotherapy on education in psychoanalysis. In: Joseph E, Wallerstein R (eds) Psychotherapy: Impact on Psychoanalytic Training. Int Univ Press, New York

Sulloway FJ (1982) Freud. Biologe der Seele. Jenseits der psychoanalytischen Legende. Hohenheim, Köln

Tress W (1989) Ein Blick auf die Konturen des Elefanten. Bericht von der 19. Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Santa Fé vom 14. - 18. Juni 1988. Z Psychosom Med Psychoanal 35 : 175 - 186

Weiss J, Sampson H (1986) The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research. Guilford Press, New York

Wylie HW, Wylie ML (1987) The older analysand: Countertransference issues in psychoanalysis. Int J Psychoanal 68 : 343 - 352

Die Auswirkungen des Geschlechtsrollenwandels auf Theorie und Praxis der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie

Christa Rohde-Dachser

Geschlechtsrollenwandel im 20. Jahrhundert

Das Erscheinungsbild des Geschlechtsrollenwandels

Das Jahrhundert, das wir heute - knapp an der Schwelle zum Jahr 2000 - in der Rückschau überblicken, war, zusammen mit anderen Veränderungen, durch einen rasanten Wandel des Geschlechterverhältnisses gekennzeichnet. Dabei geriet insbesondere die *weibliche Geschlechtsrolle* unter einen massiven Modernisierungsdruck, der zur zunehmenden Freisetzung der Frauen aus bis in die 50er Jahre noch eher "ständisch" orientierten Strukturen führte. Damit einher ging ein ungeahnter Zuwachs an Wahlmöglichkeiten gerade für die Frau, bei gleichzeitigem Verlust an verläßlichen Bindungen. Eindrucksvoll zeigt sich dies an den steigenden Scheidungsziffern. Jede 3. Ehe wird heute geschieden, in Großstädten schon fast jede 2. (vgl. Beck 1986, S. 164). Immer mehr Menschen leben vorübergehend (oder auch dauernd!) in Ein-Personen-Haushalten. Meist handelt es sich dabei um ältere, verwitwete Personen, überwiegend Frauen (a.a.O.). Weibliche Lebensentwürfe schwanken deshalb heute zwischen dem Interesse an einer Berufstätigkeit, die neben sogenannter "Selbstverwirklichung" vor allem ökonomische Sicherheit garantiert, und dem Wunsch nach Partnerschaft und Mutterschaft. Verstrickungen in die widersprüchlichen normativen Anforderungen dieser beiden Lebensbereiche sind die Regel. So kommt es zu dem typischen Hin und Her zwischen "eigenem Leben" und "Dasein für andere", das Beck auch als Zeichen für die gegenwärtige *Unentschiedenheit des weiblichen Individualisierungsprozesses* wertet (vgl. a.a.O., S. 172).

Dieser (gesellschaftlich forcierte und trotz der hier und da spürbar werdenden Heimchen-am-Herd-Nostalgie nicht umkehrbare) weibliche Individualisierungsprozeß wirkt in vielfältiger Weise auch auf die *männliche Geschlechtsrolle* zurück. Die Veränderungen, die er dort bewirkt, werden - je nach Standort - als

Privilegienverlust und narzißtische Einbuße bedauert, oder als Zuwachs von Freiheitsspielräumen begrüßt. In jedem Fall sind auch sie mit Verunsicherung verbunden, die häufig bis in die alltäglichsten menschlichen Umgangsformen hineinwirkt: Ein Mann kann heute z. B. nicht mehr sicher sein, ob er schief angeschaut wird, wenn er einer Frau *nicht* in den Mantel hilft, oder gerade weil er dies tut.

Ein so tiefreichender Rollenwandel berührt die Identität, und dies nicht nur in ihren Randbereichen. Identitätskonflikte erscheinen unvermeidlich - auch ein bewußt begrüßter Zuwachs an Wahlmöglichkeiten kann in einer tieferen Bewußtseinsschicht mit alten Loyalitäten in Konflikt geraten, Schuldgefühle provozieren oder seine Unverträglichkeit mit zentralen Selbst-Vorstellungen erweisen. Das Herausfallen aus alten Bindungen, die Unfähigkeit zur Festlegung oder umgekehrt die Erfahrung des Festgelegtseins angesichts scheinbar enormer Freiheitsräume, wie überhaupt die Uneinlösbarkeit der Glücksverheißungen der Moderne werden subjektiv als *Leid* erfahren. Leid, das nicht erlebt werden kann oder sich mit tiefen Ohnmachtserfahrungen paart, manifestiert sich früher oder später als *Symptom.* Statistiken verzeichnen dementsprechend auch ein Anwachsen psychischer Erkrankungen, die wir als Störungen des Ich, des Selbst oder der Identität bezeichnen. Dazu gehören die narzißtischen- und die Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Krankheitshäufigkeit ist immer auch ein Indiz für das Ausmaß von Streß, der auf einer Rolle lastet. Vermutlich beobachten wir heute nicht von ungefähr einen rapiden Anstieg psychischer Syndrome, die als sog. "Frauenkrankheiten" gelten, besonders drastisch bei den Eßstörungen, insbesondere der Bulimie.

Der Geschlechtsrollenwandel als Erschütterung interpersoneller Abwehrstrategien

Als Psychotherapeuten wissen wir, daß ein so weit in den Identitätskern von Menschen eingreifender Geschlechtsrollenwandel auch tiefere (unbewußte) Schichten der Persönlichkeit erfaßt. Dazu gehört auch die Erschütterung habituell gewordener psychischer Abwehrstrukturen. Komplementär aneinander ausgerichtete Rollen wie die von Mann und Frau stellen in der Sicht der Psychoanalyse stets auch eine Form der *interpersonellen Abwehr* dar. Sie sind so konstruiert, daß der jedem Geschlecht zugewiesene Part immer nur einen Ausschnitt des gesamten menschlichen Erlebens- und Verhaltenspotentials enthält. Der ausgesparte Teil wird an das Gegengeschlecht abgetreten, "delegiert" (Stierlin 1978). Treffend wäre auch der Vergleich mit dem von Willi für die Paartherapie entwickelten Konzept

der *Kollusion*, die hier auf einer *kollektiven* Ebene stattfindet. Für die androzentrierte Gesellschaft typisch ist die *narzißtische Kollusion*, in der der Mann den narzißtischen , die Frau den komplementärnarzißtischen Part übernimmt. Vor dem gewandelten Geschlechts- rollenverständnis der Moderne verliert dieses (unbewußte) Geschlechterarrangement seine Selbstverständlichkeit. Von den Frauen wird es häufig sogar dezidiert verweigert. Sie sind - so sagen sie - nicht mehr bereit, im Sinne des tradierten Rollenmusters ihr Selbst an den Mann abzutreten und stellvertretend durch ihn zu leben (eben dies wäre die "komplementärnarzißtische" Position). Statt dessen reklamieren sie ihre Autonomie, auch wenn dieser "Selbst-Anspruch" manchmal noch brüchig erscheint und Rückschläge an der Tagesordnung sind. Damit sind aber auch die eingespielten kollektiven Abwehrstrukturen zwischen den Geschlechtern in Frage gestellt. Diese tiefgehende Labilisierung eines bestehenden Gleichgewichts muß Angst und Aggression freisetzen, und zwar auf beiden Seiten.

Die subjektive Bedeutung des Geschlechtsrollenwandels in geschlechtsspezifischer Sicht

Frauen geraten mit der Verweigerung der komplementärnarzißtischen Position zunächst einmal in die Leere (was nicht bedeuten muß, daß sie vorher im vollen waren!). Thürmer-Rohr (1987) schildert in eindrucksvollen Bildern, wie der "Entthronung" des Mannes als grandioses, idealbildendes und selbstsetzendes Objekt der Frau notwendig eine solche Situation der Leere folgt. Die alte narzißtische Kollusion setzte ja Ich-Leerräume der Frau voraus, die sie ihm bereithält zur Füllung - Räume, die darauf warten, von "ihm" bewohnt zu werden, beinhaltet und bebildert (vgl. a.a.O., S. 85). Der Ausstieg aus diesem Arrangement kann deshalb nicht bedeuten, daß der Frau ihr eigener leergefegter Raum nun sofort als "freundliches Neuland" zur Verfügung steht. "Dieser Raum ist zuerst einmal öde und unbeseelt, vorbildlos, vorstellungslos, bildlos, mythenlos" (a.a.O.). Weibliche "Selbstwerdung" setzt voraus, diesen Zustand wahrzunehmen und auszuhalten - darin besteht für Thürmer-Rohr die entscheidende Herausforderung der jetzigen Situation.

Für den Mann bedeutet dieses erstarkende Weibliche Identitätsbedrohung und Versuchungssituation zugleich. Bedroht ist die männliche Identität vor allem dort, wo sie sich hauptsächlich auf das asymmetrische Arrangement der Geschlechter stützte und von dort auch ihre narzißtische Aufwertung bezog. Zeitdiagnosen wie die einer "vaterlosen Gesellschaft" (Federn 1919; Mitscherlich 1963) oder neuerdings auch einer "präödipalen Gesellschaft" (Speidel 1989) erhalten dann leicht

einen nostalgischen Beiklang. Ihnen gemeinsam ist, daß sie einen *Verlust* beklagen; sie sind - wenn man so will - soziale *Defizitmodelle*. Die *Versuchungssituation* eines solchen "Patriarchats im Umbruch", wie ich unsere Zeitläufte gerne charakterisiere, dürfte für den Mann dagegen vor allem in der unvermeidlichen Mobilisierung von Phantasien und Wünschen liegen, die sonst strikt aus der männlichen Selbstrepräsentanz abgewiesen werden mußten, weil sie als "weiblich" galten und für den erwachsenen Mann grob unangemessen.

Anzeichen solcher unbewußter Prozesse im Gefolge des Geschlechtsrollenwandels, wie ich sie hier ausschnitthaft und eher plakativ beschrieben habe, müßten sich auch in den Phantasien und Ängsten unserer Patientinnen und Patienten niederschlagen - mit anderen Worten: Sie müßten Gegenstand unserer täglichen therapeutischen Arbeit sein und sich dementsprechend auch in unseren klinischen Theorien widerspiegeln. Damit komme ich zu der Frage, die gleichzeitig auch das Thema dieser Arbeit ist, nämlich nach den *Auswirkungen des Geschlechtsrollenwandels auf Theorie und Praxis der Psychotherapie - ich meine damit eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie*

Spiegelungen des Geschlechtsrollenwandels in der Theorie der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie

Bei der Betrachtung der im Umfeld psychoanalytisch orientierter Psychotherapieverfahren angesiedelten Theoriediskussion stellt man nun schnell und nicht ohne Überraschung fest, daß ein Diskurs über den Geschlechtsrollenwandel und seine Auswirkungen kaum oder gar nicht stattfindet. Dies gilt zumindest für den sogenannten "Mainstream" der Diskussion. Das Geschlechterthema wird, wenn überhaupt, fast ausschließlich von Frauen aufgeworfen, die damit das universalistische Paradigma der einschlägigen Theoriediskurse in Frage stellen. Aus diesem Grunde werden solche "feministischen" Initiativen auch immer wieder vorschnell als Geschlechterkampf mißdeutet und entwertet. Gedacht sind sie nach meinem Eindruck jedoch fast stets als Einladung zum Dialog. Einem Dialog, in den Frauen, Therapeutinnen, jene Zweifel an der blanden Geschlechtsneutralität der psychoanalytischen Therapieszene einbringen, den sie sonst meist nur im kleinen Kreis und unter sich äußern; einen Dialog auch, in dem sie den tagtäglichen, aus ihrem Berufsfeld erwachsenden Irritationen Ausdruck zu geben suchen, die darauf hinweisen, daß diese Geschlechtsneutralität trügt.

Für meine kritische Auseinandersetzung mit dieser Ausklammerung des Geschlechtsrollenwandels als Thema des psychoanalytisch-psychotherapeutischen

Theoriediskurses werde ich nachfolgend zwischen einer "allgemeinen Theorie" und einer "klinischen Theorie" der Psychoanalyse (und damit auch der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie) unterscheiden, wie sie bereits 1976 von dem amerikanischen Psychoanalytiker Georg S. Klein vorgeschlagen wurde.

Die "klinische" Theorie der Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierten Psychotherapie

Die *klinische Theorie*, die man vielleicht auch als eine Theorie der psychoanalytisch/psychotherapeutischen *Methode* bezeichnen könnte, konzentriert sich um die zentralen, von Freud entwickelten Konstrukte von "Widerstand" und "Übertragung", die ihrerseits nicht denkbar sind ohne den Begriff des Unbewußten, der Abwehr und des Konflikts (vgl. auch Wallerstein 1988). Diese "klinische Theorie" ist eine *interpersonelle Theorie*. Sie erfaßt die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozeß im Hier und Jetzt und könnte, wie einige Autoren (Klein 1976; Gill 1976) meinen, auch ohne eine "allgemeine Theorie" zur Erklärung dieser Prozesse auskommen.

Eine solche klinische Theorie, so wird nach meiner Erfahrung häufig argumentiert, braucht auch keine zusätzlichen Annahmen über das Geschlechterverhältnis und seine besonderen Implikationen für eine so verstandene Psychotherapie. "Denn", so die Begründung, "Geschlechtsrollen und ihr Wandel sind *soziale* Phänomene, die mit Psychoanalyse/Psychotherapie nur dann etwas zu tun haben, wenn sie im interpersonellen Setting der therapeutischen Beziehung auftauchen, d.h. im Kontext von "Übertragung" und "Gegenübertragung". Dort aber werden sie zu einem psychoanalytisch-psychotherapeutischen Text, der der *Deutung* bedarf wie jedes andere Material, das Patienten in diese Situation einbringen. Eine sozial codierte Theorie des Geschlechterverhältnisses wäre hier also überflüssig, wenn nicht sogar störend.

Die "allgemeine Theorie" der Psychoanalyse und der von ihr abgeleiteten Psychotherapieverfahren

Neben dieser derart in die Geschlechtsneutralität verwiesenen "klinischen Theorie" existiert - sozusagen auf einer Metaebene - die "allgemeine Theorie". Sie umfaßt jene Vielzahl von Hypothesen und theoretischen Systemen, mit denen innerhalb

der Psychoanalyse versucht wird, die Befunde der *klinischen* Ebene zu interpretieren. Zu dieser "Metapsychologie" gehören heute neben der FreudschenTriebtheorie vor allem die psychoanalytische Ichpsychologie und die mit dem Namen von Melanie Klein, Winnicott und Margaret Mahler verknüpfte psychoanalytische "Theorie der Objektbeziehungen". Arnold Cooper (1987) hat vermutlich Recht, wenn er davon ausgeht, daß heute jeder Analytiker und Psychotherapeut sich an *seinem* individuellen Amalgam aus diesen verschiedenen Theorien orientiert, in das er dann vielleicht noch Elemente der Kohutschen Selbstpsychologie und neuerdings der Säuglingsforschung einschmuggelt, mit allen Ungereimtheiten und Unübersichtlichkeiten, die sich daraus auch für das Theorie-Praxis-Verhältnis von Psychoanalyse und psychoanalytischer Psychotherapie ergeben.

Unter diesen "allgemeinen Theorien" war und ist Freuds Triebtheorie die einzige, die das Geschlechterverhältnis *ausdrücklich* thematisiert (vgl. Freud 1924, 1931, 1933). Seine "Theorie der Weiblichkeit", die so ärgerniserregende Konstrukte wie das des weiblichen Penisneides, des Masochismus und der Über-Ich-Schwäche der Frau enthält, wurde in der Geschichte der Psychoanalyse im Wechsel immer wieder heftig befehdet und totgeschwiegen. Heute wird sie vielfach zum eher liebenswürdigen Relikt einer historisch gewordenen Epoche stilisiert, ohne jedoch jemals offiziell revidiert worden zu sein. Ihre Bedeutung für das Theoriegebäude der Psychoanalyse *heute* bleibt so letzten Endes ungeklärt. Am Schicksal von Freuds Theorie des weiblichen Ödipuskomplexes läßt sich exemplarisch aufzeigen, wie die Psychoanalyse sich mit den "unzeitgemäß" gewordenen Teilen ihrer Theorie an den Geschlechtsrollenwandel adaptiert.

Freud war bekanntlich der Auffassung, daß der Ödipuskomplex bei beiden Geschlechtern einen unterschiedlichen Verlauf nehme. Der Junge, so Freud, gebe unter dem Druck der vom Vater ausgehenden Kastrationsdrohung seine inzestuösen Wünsche auf, um sich mit dem Vater zu identifizieren und dessen "Gesetz" zu internalisieren. Unter günstigen Bedingungen führt die Entwicklung hier also zum "Untergang des Ödipuskomplexes" (Freud 1924). Im Gegensatz dazu laufe das Mädchen, das die Kastration nicht zu fürchten habe, in den Ödipuskomplex ein "wie in einen Hafen" (Freud 1933, S.138). Ausgangspunkt dieser Bewegung ist die Entdeckung des Geschlechtsunterschiedes und die damit verbundene Enttäuschung an der Mutter, der das Mädchen seine körperliche Minderausstattung anlastet. Auf der Suche nach narzißtischer Restitution wendet es sich nunmehr von der Mutter ab und dem Vater zu, von dem es sich einen Penis, und später, als Ersatz, ein Kind erhofft. Mit der Geburt eines Kindes, am liebsten eines Knaben (a.a.O., S. 137), wird dieses narzißtische Ziel erreicht. Motor dieser Entwicklung ist der (nie völlig überwundene) weibliche Penisneid, der auch für manches charakterliche Defizit der Frau, z.B. ihre mangelnde Sublimierungsfähigkeit, verantwortlich zeichnet (vgl. auch Rohde-Dachser 1990).

Daß in einem solchen Modell kein Raum ist für die Vorstellung weiblicher Selbstverwirklichung jenseits der traditionellen Frauen- und Mutterrolle, scheint evident. Diesbezügliche Bestrebungen galten denn auch lange Zeit hindurch eher als Ausdruck nicht überwundenen Penisneides und in diesem Sinne interpretationsbedürftig. So gesehen, könnte man Freuds Theorie der weiblichen Entwicklung auch als eine Theorie der Nichtindividuation bezeichnen, die - wenn auch indirekt und sicherlich unbeabsichtigt - der Anpassung der Frau an die ihr zu jener Zeit angesonnene Geschlechtsrolle dient.

Mit dem Abrücken von dieser Weiblichkeitstheorie, die heute vielfach anachronistisch wirkt, kommt es nun aber auch zu jener stillschweigenden Einebnung des Geschlechtsunterschiedes, die mich veranlaßte, von einer blanden Geschlechtsneutralität unseres gegenwärtigen Theoriediskurses zu sprechen. Der weibliche Ödipuskomplex mündet dabei fast unbemerkt in eine allgemeine, geschlechtsindifferente *Theorie der Individuation,* ohne daß eine Auseinandersetzung mit seinen ursprünglich ganz anders lautenden Prämissen stattgefunden hätte. Denn was zu Freuds Zeiten für eine Frau als vermessen galt: der Wunsch, sich aus traditionellen Familienbezügen herauszulösen, sich zu "individuieren" wie ein Mann, ist heute zu einer Forderung geworden, nicht nur der Gesellschaft. sondern auch der psychoanalytischen Theorie. Ethel Person (1983 b) drückt dies in aller Klarheit aus, wenn sie in ihrem Aufsatz über die Herausbildung der Geschlechtsidentität lakonisch feststellt, daß die Aufgabe der Individuation sich für Jungen und Mädchen in gleicher Weise stelle. Unterschiede zwischen den Geschlechtern, so fügt sie hinzu, zeigten sich erst in der Folge von *Störungen* dieses Loslösungs- und Individuationsprozesses, auf die Jungen eher mit einer narzißtischen Verarbeitung, etwa durch Herausbildung einer Perversion, reagieren, Mädchen dagegen mit Depression und verstärkten Anklammerungstendenzen. Der weibliche Ödipuskomplex ist hier also kein "Hafen" mehr, sondern ein notwendiges Durchgangsstadium auf dem Weg zur Individuation, mit dem Vater nicht mehr als Ziel, sondern als Schrittmacher, insbesondere auch der Trennung von Mutter und Tochter.

Wenn es aber nur *ein* Modell der Individuation in der Psychoanalyse gibt, so ist dies mit Wahrscheinlichkeit das männliche Modell. Dieses männliche Modell besteht in der forcierten Ablösung von der Mutter, mit einer begleitenden Entwertung des Weiblichen und umgekehrter Hochschätzung von Männlichkeit, die in der männlichen Entwicklung auch der Konsolidierung der Geschlechtsidentität dient. Kinderbeobachtungen - ebenso wie klinische Erfahrungen - deuten nun aber darauf hin, daß Mädchen sich sehr viel langsamer (und vermutlich auch niemals ähnlich radikal) von der Mutter lösen als das männliche Kind (vgl. Bischof 1989). Andere Autorinnen, wie z.B. Chodorow (1978) und Gilligan (1982), meinen sogar, daß Mutter und Tochter ein Leben lang in einer engen und eher unscharf abgegrenzten Beziehung miteinander verbunden blei-

ben. All dies weist darauf hin, daß hier keine Synchronizität in der Entwicklung der Geschlechter besteht, wie sie psychoanalytische Theorien von "Loslösung und Individuation" (Mahler et al. 1975) meist stillschweigend voraussetzen. Das kann aber nur bedeuten, daß hier - wie auch sonst im andozentrierten Wissenschaftsbetrieb dieser Gesellschaft - weibliche Separations- und Individuationsprozesse (unbewußt und unerkannt) ins Prokrustesbett des männlichen Ablösungsmusters gezwängt werden. Eine *geschlechtsspezifische* Betrachtungsweise müßte hier auch zur Thematisierung der Schwierigkeiten des weiblichen *Individuationsprozesses* im Zusammenhang mit dem gegenwärtigen Geschlechtsrollenwandel führen, der - wie wir gesehen haben - innerhalb weniger Generationen vor allem den Mädchen und Frauen ein Maß an Individualisierung zumutet wie vermutlich noch nie in der Geschichte. Mit der Einebnung der Geschlechterdifferenz an dieser entscheidenden Stelle wird diese Chance verspielt.

Ein Blick auf die in der psychoanalytischen Szene gegenwärtigvorherrschenden Theorien zeigt, daß die Frage der Geschlechterdifferenz auch an keiner anderen Stelle grundsätzlich aufgegriffen wird. Psychoanalytische Ichpsychologie, Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie, um hier nur die drei wichtigsten Paradigmen zu nennen, sind nirgends geschlechtsspezifisch aufgefächert. Selbst- und Objektbeziehungspsychologie verstehen sich ausdrücklich als sog. "präödipale" Theorien. In ihrem Mittelpunkt steht also die Mutter-Kind-Beziehung, und nicht das Mann-Frau-Verhältnis. Die Frau erscheint hier auf die Mutter reduziert, eine Funktion des Kindes, von der es nur konsequent ist, wenn sie sich letztlich in einer Imago verflüchtigt (vgl. Rohde-Dachser 1989). Das soll nicht heißen, daß die Zurückstutzung des Weiblichen auf seine mütterliche Funktion als "Caregiver" und "Container" indirekt nicht auch weitreichende Implikationen für das Frauenbild der Psychoanalyse hätte. Diese präsentieren sich gegenwärtig jedoch allenfalls einer von außen herangetragenen feministischen Ideologiekritik ihres Diskurses; sie sind nicht Bestandteil des Diskurses selbst. Die *Ichfunktionen*, mit denen es die psychoanalytische Ichpsychologie zu tun hat, erscheinen vordergründig ebenso geschlechtsneutral. Die Anstrengung, sie in die Geschlechterdifferenz zu zwängen, hätte sicherlich etwas Krampfhaftes; so kommt es, daß sie unterbleibt.

Das schließt nicht aus, daß es innerhalb der Gruppe der PsychoanalytikerInnen und PsychotherapeutenInnen nicht ein breites Wissen um Bedeutung des Geschlechts und des Geschlechtsrollenwandels für die psychoanalytisch/psychotherapeutische Praxis gibt, und daß dieses Wissen auch eine wie auch immer geartete methodische Umsetzung erfährt. Mit dieser Behauptung beziehe ich mich auf Sandler (1983), der bereits 1983 konstatierte, daß die klinische Praxis des Psychoanalytikers implizit Theorien und Konzepte generiere, die von den offiziellen und anerkannten abweichen. Aufgabe der psychoanalytischen Forschung sei es dann, jene impliziten Erfahrungen explizit zu machen. Tatsächlich gibt es auch

innerhalb der Psychoanalyse und der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie eine Reihe von Untersuchungen und Umfragen, in denen es darum geht, den Implikationen der Geschlechterdifferenz für die Praxis von Psychoanalyse und Psychotherapie auf die Spur zu kommen (vgl. z.B. Person 1983 a; Klöß 1988; Kulish 1989). Ich möchte mich hier jedoch nicht auf dieses zweifellos interessante Feld begeben, sondern aus meiner eigenen Kenntnis der psychotherapeutischen Szene heraus über einige Probleme berichten, die sich dieser Praxis im Zusammenhang mit dem Geschlechtsrollenwandel stellen, und zwar einmal in der Längsschnittbetrachtung einer Mehrgenerationenperspektive, zum andern in der Querschnittbetrachtung des Geschlechterverhältnisses in einem Patriarchat im Umbruch. Dabei werde ich jeweils *zwei mögliche therapeutische Strategien* im Umgang mit dem benannten Problem aufzeigen und kontrastierend gegeneinanderstellen. Eine solche Darstellung bleibt naturgemäß grobrastig und plakativ; mir geht es hier jedoch nicht um größtmögliche therapeutische Differenziertheit, sondern um die Aufdeckung von alternativen, selten explizit gemachten therapeutischen Einstellungen zum Geschlechtsrollenwandel, die in der gewählten Schwarz-Weiß-Zeichnung besser hervortreten.

Der Geschlechtsrollenwandel in der Praxis der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie

Der Geschlechtsrollenwandel in der Mehrgenerationen-Perspektive: Kontraste

Ich berichte zunächst den Traum einer jungen Frau, die an ihrem neuen Studienort, fern von ihrer Familie und nach der aktiv herbeigeführten Trennung einer einengenden Partnerbeziehung, nach einer eigenen Standortbestimmung sucht. Sie träumt:

"In dem Viertel, in dem ich wohne, werden Menschen verhext. - Ich liege in meiner Wohnung im Bett und kann nicht atmen. Eine Kette aus Sternchen, die irgendwie kitschig aussehen, würgt mich. Ich will schreien, kriege aber nur ein Piepsen heraus. Mir ist klar, daß mich so keiner hören kann. - Eine Frau, die mich an meine Großmutter erinnert, ist mit im Zimmer. Sie will mir die würgende Kette abnehmen. Ich lege sie ihr langsam und vorsichtig um den Hals. Es darf nichts schiefgehen, damit das Ritual klappt und ich frei bin. Ich weiß nicht, warum sie mir helfen will, habe aber ein schlechtes Gewissen. Sie weiß vielleicht gar nicht, was das bedeutet, was wir da machen. Als ich ihr die Kette um den Hals gelegt habe und damit beinahe frei gewesen

wäre, bäumt sie sich - anscheinend aus einem letzten Funken Selbsterhaltungstrieb - auf, zückt einen Stempel und drückt ihn mir noch auf. Damit war alles umsonst. Ich bin weiter gefangen und kann ihr nicht einmal böse sein. Ich weiß, daß jetzt alles so bleiben wird, wie es war."

Dieser Traum läßt sich nun sicherlich auf ganz verschiedenen Ebenen interpretieren. Ich wähle eine, die ich für eine *kollektive* halte, weil sie das Problem der Individuation der Töchter angesichts einer Generationenkette von Müttern und Großmüttern abbildet, die alle die "Kette" ihrer gebundenen weiblichen Existenz tragen mußten und sie an ihre Töchter weitergaben. Was diese Frauen in der Ahnenreihe miteinander verband, war wesentlich dieses "Frauenschicksal". Die "Kette" zu durchschneiden und aus ihr auszuscheren, hieße dann, die anderen Frauen diesem Schicksal zu überlassen und selbst einen eigenen Weg zu gehen, einen, den vielleicht keine der Frauen zuvor begangen hatte, allein, abgeschnitten von den eigenen Wurzeln.

Auf einer individualpsychologischen Ebene könnte man diesen Traum nun vor allem als Ausdruck der symbiotischen Wünsche der jungen Frau verstehen, mit denen diese immer noch (!) an ihre Mutter gebunden ist. Man könnte vermuten, daß diese symbiotischen Wünsche von der Mutter nicht phasenadäquat gestillt worden sind, daß die Mutter aber jetzt umgekehrt vielleicht nicht bereit ist, die Tochter loszulassen. Vom Schuldgefühl der Tochter angesichts dieser klammernden Mutter könnte die Rede sein, dem Verdacht, daß sie ihr die "Kette" vielleicht auch nur zum Schein abnehmen wollte, um sie um so besser mit ihrem Stempel versehen und an sich binden zu können. Das im Psychotherapie-Gutachten-Antrag formulierte Therapieziel könnte dementsprechend lauten: "Trennung von der Mutter, Abbau von Schuldgefühlen, Ermutigung der Aggression gegen die Mutter, Aufbau des "Vaters" als zweites, individuationsförderndes inneres Objekt." - In der Therapie wird ein solcher Therapeut/eine solche Therapeutin dazu tendieren, sich mit der Patientin gegen die Mutter zu verbünden, wobei die Trennung zwischen Mutter-Imago und realer Mutter erfahrungsgemäß über weite Strecken eher unklar bleibt. Die Motive der realen Mutter werden bestenfalls vermutet. Sie bleibt ohne eigene Geschichte, Verkörperung der würgenden Kette um den Hals der Patientin, ins Bild gesetzte zerstörerische Funktion.

Als Kontrast zitiere ich aus der Schilderung einer Therapie von Harriet Lerner in ihrem Buch *Women and Therapy* (1988). Dort geht es um eine ähnlich strukturierte Mutter-Tochter-Konstellation, wo die Tochter nach langer Weigerung und der Anklage, daß die Mutter ihr ihren Erfolg mißgönne und sie "wieder an die Kette legen" wolle, die Mutter (auf hartnäckiges Drängen der Therapeutin) schließlich fragt, wie es ihr denn mit ihren eigenen Berufswünschen und Lebensplänen als junge Frau ergangen sei. Die Mutter ist zunächst überrascht, schildert aber dann doch eine lange Geschichte des Verzichts zu-

gunsten ihrer Brüder, die ihren Wunschberuf ergreifen durften. In diesen Gesprächen wird die Mutter langsam zum Menschen mit einem eigenen Schicksal, das der Tochter jetzt bekannt ist. Beide sind nicht mehr in der Dumpfheit eines unbewußt durch die Generationen weitergegebenen Frauenschicksals verbunden, sondern in dem gemeinsamen Wissen um die Schwierigkeiten weiblicher Selbstverwirklichung unter den Bedingungen einer jahrtausendelangen Patriarchatsgeschichte, die Frauen verinnerlicht haben, und die sie heute dazu bewegt, ihre Individuation im Verbund mit dem *väterlichen* Introjekt durchzusetzen, *gegen die Mutter,* die dabei zurückbleibt und um ihr Überleben kämpft. Im Beispiel von Lerner wird die Tochter durch ihre eigene Befreiung zu guter Letzt auch zur "Befreierin" der Mutter. In den jetzt möglichen Gesprächen gibt sie der Mutter, die sie jetzt nicht mehr als klammernden Dämon sieht, sondern als eine Frau mit aller ihrer Deprivation, zu erkennen, daß sie sich wegen ihres beruflichen Erfolges immer wieder schuldig fühle, wenn sie daran denke, daß die Mutter und alle die Frauen in der Generation vor ihr nie eine solche Chance gehabt hätten. Dabei könne sie, die Tochter, sich gut vorstellen, welch phantastische Lehrerin (der Beruf, den die Mutter gern ergriffen hätte), sie wohl geworden wäre. Einige Tage später ruft die Mutter an und erzählt beiläufig, daß sie sich für einen Kurs an der Universität eingeschrieben habe, der Himmel wisse, warum, noch dazu in ihrem Alter. Lerner beschreibt, wie die Patientin in diesem Moment unerwartet ein starkes Liebesgefühl gegenüber ihrer Mutter empfand, und als die Mutter den Hörer aufgelegt hatte, in Tränen ausbrach, ohne zu wissen, warum.

Daß Männer, gerade auch im Nachkriegsdeutschland, vielfach an einer ähnlichen Generationenschuld tragen, deren Verbalisierung vielleicht *noch schwerer* fällt, wird weniger häufig erwähnt und bedarf mit Sicherheit einer gründlichen, innerhalb der Psychoanalyse erst ganz allmählich einsetzenden Reflexion (vgl. z.B. Eckstaedt 1989). Der Bruch in der weiblichen Generationenkette unter den Bedingungen des modernen Geschlechtsrollenwandels erscheint mir jedoch radikaler, durch eine nach dem männlichen Modell konzipierte Theorie von "Loslösung und Individuation" (Mahler et al., a.a.O.) häufig gröber fehlinterpretiert, und in einem zweifachen Sinne auf dem "Opfer" der Mutter aufgebaut, d.h. einmal auf der sich für die Tochter "opfernden Mutter", zum andern einer der eigenen Selbstwerdung "geopferten Mutter", die sich gegen diese Zumutung schließlich aufbäumt wie die Frau im Traum. In diesem Traum war ein "Hexenzauber" wirksam, an dem die Träumerin zu ersticken drohte. In der Psychoanalyse/Psychotherapie müßte es letztlich darum gehen, diesen Hexenzauber zu durchbrechen, ohne dabei eine Hexe zu kreieren, um sie anschließend auf dem Altar des Geschlechtsrollenwandels zu verbrennen. Emanzipation um den Preis der Überlebensschuld ist eine, die diesen Namen nicht verdient. Auch dies gilt übrigens für beide Geschlechter.

Der Geschlechtsrollenwandel - dies ist meine Überzeugung - kann in der Psychoanalyse/Psychotherapie deshalb nicht konzeptualisiert werden ohne genera-

tionsübergreifende Perspektive und Einkalkulation der "unsichtbaren Loyalitäten", von denen bei Boszormenyi-Nagy die Rede ist (vgl. Boszormenyi-Nagy und Spark 1973). Eine derartige Mehrgenerationen-Perspektive beginnt sich außerhalb der Familientherapie erst ganz allmählich durchzusetzen - dies dürfte einer der Gründe sein, warum wir im Theoriediskurs des Mainstream so wenig über die Auswirkungen des Geschlechtsrollenwandels erfahren.

Wandlungen des Geschlechterverhältnisses in ihren Auswirkungen auf die Praxis der Psychotherapie

Neben die Längsschnittperspektive, die die Auswirkungen des Geschlechtsrollenwandelsauf das Verhältnis der Generationen in Betracht zieht, muß eine Querschnittbetrachtung treten, in der es um die Auswirkungen dieses Rollenwandels auf das *Verhältnis der Geschlechter* geht. Dazu gehören typische Veränderungen in der Beziehung zwischen Mann und Frau, aber auch Veränderungen der Idee des "Männlichen" und des "Weiblichen", wie sie für die asymmetrische Ausrichtung des Geschlechterverhältnisses im Patriarchat bestimmend war. Die wichtigste Veränderung scheint mir hier die Erstarkung des Weiblichen zu sein (was nichts mit einem realen Machtzuwachs von Frauen zu tun haben braucht), die beim Mann zu typischen Identitätsängsten führen kann, die dann auch den Psychotherapeuten befassen.

Tömmel-Plötz (1988) berichtet in diesem Zusammenhang den Traum eines adoleszenten Patienten, den sie als "matriarchalen Traum" bezeichnete. Darin geht es um die Erlösung einer riesenhaften, von einem Zauberer in eine Höhle gebannten Frau.

Der Träumer wagt das Erlösungswerk, befürchtet aber dann, daß die befreite Frau allein durch ihre Riesengestalt das ganze Haus zerstören könne, sobald sie sich aufrichtete. Gleichzeitig sieht er aus der Ferne, wie das Schloß des Zauberers niederbrennt; Männer in Unterhosen springen aus den Fenstern in Sprungtücher, um sich in Sicherheit zu bringen.

Dieser Traum könnte, wie auch der der jungen Frau, auf einer kollektiven Ebene verstanden werden, wo er typische Männerängste in einem Patriarchat im Umbruch abbildet - einer gesellschaftlichen Situation, die in der Psychoanalyse unter dem Stichwort "Vaterlose Gesellschaft" (Mitscherlich 1968) figuriert.

Sind Psychoanalytiker oder Psychotherapeut mit der Vorstellung identifiziert, daß in dieser Situation das Überleben (des einzelnen oder auch des Kollektivs) davon abhängt, daß es gelingt, dieses Weibliche zu bändigen, ihm etwas mindestens

gleich mächtiges Männliches entgegenzustellen, den Zauberer wieder in seine Rechte einzusetzen, sein abgebranntes Schloß neu zu errichten - dann verbünden sie sich gleichzeitig mit den bedrohten patriarchalen Strukturen gegen den sich abzeichnenden Wandel und die Erlösung der großen Frau. Daß das in der individuellen Behandlungssituation nicht nur sinnvoll, sondern sehr oft sogar notwendig sein kann, bedarf keiner weiteren Erörterung. Die Frage ist, ob diese Entscheidung - auf das Kollektiv bezogen - grundsätzlich, immer (und meist unreflektiert) in dieser Weise ausfallen muß, ohne daß eine Alternative überhaupt in den Gesichtskreis tritt.

Eine solche Alternative könnte in der Deutung des Traumes auf der *Subjektstufe* bestehen. Stellen wir uns dazu vor, daß der Träumer kein kranker Mann ist, der um seine labilen Ich-Strukturen bangen muß, vielleicht sogar am Rande der Psychose steht, sondern einfach einer, der sich mit den für die beschriebene Umbruchsituation typischen Versuchungen und Ängsten auseinandersetztund diese in einem Traum abbildet, wo es u.a. darum geht, eine versteinerte Frau zu erlösen. Was, wenn im Bild dieser riesigen, versteinerten, unerlösten Frau sich gleichzeitig jenes seit urdenklichen Zeiten Nicht-Gelebte, aus der Existenz des Mannes Ausgeklammerte verkörpern würde, alle die Gefühle, Wünsche und Phantasien, die er mit dem Schritt in seine Männlichkeit als "weiblich" zu deklarieren und von sich zu weisen lernte? Was, wenn die beschriebene Umbruchsituation, wo die Kluft zwischen Männlichem und Weiblichem sich zu verringern scheint, für den Mann nicht nur eine ängstigende wäre, sondern *auch* eine permanente Versuchung, dieses Abgewiesene, Versteinerte in sich selbst wieder zu erlösen, lebendig werden zu lassen? Wenn damit das Gefühl verbunden wäre, daß die lange Entbehrung dieses Ausschlusses das Verwunschene ins Riesige hat wachsen lassen, so daß seine Erlösung alles einzureißen und zu überschwemmen droht?

Für unser Thema der Auswirkungen des Geschlechtsrollenwandels auf Theorie und Praxis der Psychotherapie scheint mir dies die Gretchenfrage. Es ist die Frage, ob an diesem Punkt in bester Bachofenscher Tradition immer wieder sofort und stets die alte Abwehrmauer aufgerichtet werden muß, die sich regende Riesenfrau in ihre Höhle zurückgebannt, das Männliche gegen die Gefahr von Chaos und Psychose beschworen - oder ob die Psychoanalyse und eine ihr verbundene Psychotherapie sich gegen die tradierten gesellschaftlichen Strukturen auch mit jenen Kräften des Unbewußten in Mann *und* Frau verbünden kann, die in einer historischen Situation zum Leben drängen, wo sich die traditionellen patriarchalischen Abwehrstrukturen in vieler Hinsicht auf basale Weise ad absurdum geführt haben.

Die Notwendigkeit der Entmythologisierung

Es scheint, als müßten Psychotherapie und Psychoanalyse sich in diesem Zusammenhang von einigen liebgewordenen Mythen trennen, mit denen sie bisher dem status quo des Geschlechterverhältnisses stillschweigend auch den Stempel des status naturalis verliehen haben. Dazu gehört auch ein *zentraler* Mythos, der viel zur Legitimierung der alten Ordnung beiträgt, und den ich deshalb der kritischen Reflexion anheimstellen möchte. Der Mann fürchte in der emanzipierten, subjekthaften Frau - so heißt es - in erster Linie die Macht der frühen Mutter, zumal dann, wenn soziale Macht des weiblichen Subjekts und Mutterphantasma sich gegenseitig potenzieren. Ich halte es für wahrscheinlicher, daß im Patriarchat im Umbruch der Mann auf die Frau als Subjekt deshalb so oft mit narzißtischer Wut reagiert, weil die Frau mit diesem Schritt die gewohnte komplementärnarzißtische Position aufgibt, und damit auch die ihr angesonnene Delegation verweigert. Gleichzeitig gibt sie unmißverständlich zu erkennen, daß sie *nicht* diese allmächtige Mutter ist, sondern "nur" ein vom Mann unabhängiges Individuum, das sich selber Maßstäbe setzt. Es ist *dieser* Gedanke, der unter den Bedingungen des tradierten Geschlechterverhältnisses eine Herausforderung darstellt, und *nicht* so sehr das Phantasma der Großen Mutter, die in Schach zu halten offenbar möglich ist - Jahrtausende Patriarchat sollten dies mittlerweile eigentlich "bewiesen" haben.

Schlußbemerkung

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind - dies ist meine Erfahrung - schnell mit Begründungen bei der Hand, warum das Geschlechterverhältnis so ist, wie es ist. Sie berufen sich dabei auf angeblich bei beiden Geschlechtern vorhandene irreversible Ängste und Idiosynkrasien. Die gesellschaftlich induzierten Veränderungen in den Rollen der Geschlechter scheinen hier jedoch Alternativen aufzuzeigen, auch wenn diese zunächst ihrerseits Ängste aufrühren oder tiefere Schichten des Bewußtseins noch gar nicht erreicht haben. Unsere allgemeinen *und* klinischen Theorien sind hier klar im Verzug. Es wäre deshalb an der Zeit, sich auf die emanzipatorische Zielsetzung zu besinnen, unter der diese Theorien einmal angetreten sind, und bei der ohnehin seltenen Diskussion des Geschlechtsrollenwandels weniger zu begründen, welches seine retardierenden Momente sind, sondern die Utopie eines Geschlechterverhältnisses zu entwerfen, in dem es nicht mehr um die primär anale Dimension "stärker" oder "schwächer" geht, sondern um eine Beziehung zwischen Männern und Frauen als einander ebenbürtigen Subjekten.

Literatur

Beck U (1986) Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp, Frankfurt aM

Bischof N (1989) Phase Transitions in Psychoemotional Development. In: Haken H, Stadler M (eds) Synergetics of Cognition. Springer Series in Synergetics. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Boszormenyi-Nagy I, Spark GM (1973) Unsichtbare Bindungen - Die Dynamik familiärer Systeme. Klett-Cotta, Stuttgart

Chodorow N (1978) Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter. Frauenoffensive, München (1985)

Cooper AM (1987) Changes in Psychoanalytic Ideas: Transference Interpretation. J Am Psychoanal Assoc 35 : 77-98

Eckstaedt A (1989) Nationalsozialismus in der „zweiten Generation“. Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen nach 1945. Suhrkamp, Frankfurt aM

Federn P (1919) Zur Psychologie der Revolution. Die vaterlose Gesellschaft. Luzifer-Amor 1 : 13-33 (1988)

Freud S (1924) Der Untergang des Ödipuskomplexes. GW Bd 3. Fischer, Frankfurt aM, S 393-402 (1966ff.)

Freud S (1931) Über die weibliche Sexualität. GW Bd 14, S 515-537

Freud S (1933) Die Weiblichkeit. In: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd 15, S 119-145

Gilligan C (1982) Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. Piper, München (1984)

Klein GS (1976) Psychoanalytic Theory: An Exploration of Essentials. Int Univ Press, New York

Klöss L (1988) Geschlechtstypische Sprachmerkmale von Psychoanalytikern. Ulmer Textbank, Ulm

Kulish NM (1989) Gender and Transference: Conversations With Female Analysts. Psychoanal Psychology 6 : 59-71

Lerner HG (1988) Women in Therapy. Jason Aronson, Northvale N J London

Mahler MS , Pine F, Bergman A (1975) Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Fischer, Frankfurt aM (1978)

Mitscherlich A (1963) Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. Ideen zur Sozialpsychologie. Piper, München

Person ES (1983 a) Psychoanalytic theories of gender identity. J Am Acad Psychoanal 11 : 203-226

Person ES (1983 b) Women in therapy: Therapists gender as a variable. Int Rev Psychoanal 10 : 193-204

Rohde-Dachser Ch (1989) Zurück zu den Müttern? Psychoanalyse in der Auseinandersetzung mit Weiblichkeit und Macht. Forum Psychoanal 5 : 19-34

Rohde-Dachser Ch (1990) Über töchterliche Existenz. Offene Fragen zum Ödipuskomplex. Z Psychosom Med Psychoanal (im Druck)

Sandler J (1983) Die Beziehungen zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis. Psyche 37 : 577-595

Speidel H (1989) Auf dem Weg zur präödipalen Gesellschaft. In: Werthmann H-V (Hrsg) Unbewußte Phantasien. Pfeiffer, München

Stierlin H (1978) Delegation und Familie. Suhrkamp, Frankfurt aM

Thürmer-Rohr Ch (1987) Vagabundinnen. Feministische Essays. Orlanda Frauenverlag, Berlin

Wallerstein RS (1988) Eine Psychoanalyse oder viele? Z Psychoanal Theor Prax 4 : 126-153 (1989)

Willi J (1975) Die Zweierbeziehung. Rowohlt, Reinbek

Wandlungsprozesse in Behandlungen

Behandlungstechnik oder Geheimnis?

Verena Kast

Der Therapeut als der "Wandlungssüchtige" und der Widerstand

Therapeuten und Therapeutinnen haben einen Beruf gewählt, in dem es um Veränderung geht, Stillstand als quälend empfunden wird. Noch lieber als die ständigen kleineren Veränderungen, die auch einmal durchaus in eine größere Wandlung münden können, sind uns die großen Wandlungen: Die Mythologie des Neuanfangs, des immer wieder neu beginnen Könnens; das Erlebnis, daß unser Leben nicht festgeschrieben ist, sondern daß immer auch wieder das Unverhoffte aufbrechen kann; Tod und Wiedergeburt, "Stirb und Werde", die Geburt des göttlichen Kindes - das sind Themen, die uns faszinieren: Dahinter steht die Überzeugung, daß der Mensch ein anderer Mensch werden kann, daß über alles Gewordensein hinaus eine Möglichkeit besteht, uns neue Wege zu eröffnen.

Wandlung: Nichts ist wirklich festgeschrieben, solange wir leben, alles kann sich verändern, durchaus auch zum Besseren hin. Wir sind uns immer auch ein Geheimnis, immer für Überraschungen gut. Wir wollen auf dem Weg sein, Neues erfahren und erleben, oder zumindest dasselbe in neuen Haltungen erleben und so doch auch wieder anders. Wandlung - so nehmen wir in unserer Phantasie wahr - heißt reicher werden, sich entfalten, mehr wir selbst werden, echter werden, unser volles menschliches Leben entfalten, ausfalten, auffalten, schöpferisch verändern. Das scheint unserem Leben Fülle und damit auch Sinn zu geben. Und wir wollen das nicht nur für uns selbst, wir wollen das auch unseren Mitmenschen zukommen lassen, deren Leben festgefahren ist, deren Emotionen verstockt sind: ein Höchstmaß an Lebendigkeit. Und diese Wandlungen sollen auch die Menschheit verwandeln, die Menschen menschlicher und bewußter werden lassen, das Zusammenleben der Gesellschaft verbessern usw.

Daß Wandlung "*Stirb und Werde"* bedeutet, wird in der idealisierenden Sicht der Wandlung - und die fasziniert ja zunächst - als "werde immerzu neu" verstanden. Das "Stirb", der Kummer, der mit dem Sterben verbunden ist, wird

sozusagen als abgegolten phantasiert, weil man ja eh schon so viel leidet auf dieser Welt. "Stirb" ist aber eine Aufforderung, etwas aktiv zu beenden, loszulassen, damit etwas Neues ins Leben hereinkommen kann.

Wenn wir es als Therapeuten mit ganz konkreten Menschen zu tun haben, dann steht dieser Wandlungssehnsucht die Widerständigkeit des nicht zu Wandelnden entgegen: Da geschehen immer wieder dieselben Dinge; man macht immer wieder den einen Fehler, wir sind nicht kreativ, sondern repetitiv; das Elend ist nicht rasch in Lebensfülle aufzulösen. Der Widerspruch wächst und wächst. Vielleicht kommen wir dann darauf, daß unsere Schulrichtung nicht gut genug ist, daß wir verschiedene Techniken zuwenig beherrschen, daß unsere Analysanden einfach nicht wollen, oder nicht tun, was wir wollen, nicht die geistige Ebene haben, die wir brauchen. Damit versuchen wir, uns die Faszination der Wandlung - als Therapieziel und als geheimes Ziel unseres Lebens zu erhalten.

Erscheint uns diese Wandlungssehnsucht gar zu romantisch, dann sprechen wir lieber von Veränderung. Denn im Wort Wandlung schwingt etwas Mystisches mit: Ganz anders werden können, so vielleicht, wie wir gemeint sein könnten - ganz zutiefst.

Veränderung: Das ist konkreter, faßbarer, bescheidener - Veränderungen der Analysanden durch Therapie also, die Sehnsucht der Wandlung dann für uns selbst, oder vielleicht maskiert als unausgesprochener Vorwurf: Warum lassen unsere Analysanden nicht zu, daß wir uns wirklich ganz wunderbar fühlen in unserem Beruf - schon fast wie kleine Götter?

Warum müssen sie uns dieses wunderbare Lebensgefühl vermiesen, das die Fähigkeit begleitet, alles was ins Stocken geraten ist, wiederum in Bewegung zu bringen? Warum bringen sie uns um den Erfolg? Aber Veränderungen, das gibt es natürlich.

Die größte Abwehr dieser Phantasie des Neuanfangs - und damit auch die größte Sehnsucht danach - sehe ich bei Menschen, die beides leugnen: Wandlung und Veränderung.

Therapie bringt nichts. Allenfalls eine Gewöhnung an das Symptom - wobei auch das eigentlich schon eine Veränderung wäre. Es sind nicht selten Menschen, die nicht therapeutisch arbeiten, die solches behaupten, und man fragt sich, aus welcher Motivation heraus - wenn nicht aus der Abwehr der Sehnsucht nach Wandlung - sie nachzuweisen versuchen, daß Therapie nicht wirkt. Diese Menschen geben sich ausgesprochen kritisch; vor dieser Kritik kann man deshalb auch nicht bestehen, will man die Sehnsucht nach der Wandlung nicht opfern, weil diese Kritik sich nicht zuerst einläßt, sondern zunächst abspaltet.

Was sind das aber für Menschen, die "wandlungssüchtiger" sind als andere? Sind es Menschen, die noch mehr als andere eine Vision für das noch ausstehende Menschliche haben und auch die Kraft, vieles an dieser Vision zu realisieren; oder sind es gerade Menschen, die beharrlich gegen ein zu großes Beharrungsvermögen,

gegen die Verzweiflung, daß nichts sich ändert, angehen? Wie sehen Menschen, die selbst im therapeutischen Prozeß stehen, Wandlung und Veränderung?

Eine Untersuchung

65 Menschen, die mehr als ein Jahr bei verschiedenen Therapeuten und Therapeutinnen in Therapie waren (verschiedene tiefenpsychologisch fundierte Therapieformen, eigene Analysanden und Analysandinnen waren von der Befragung ausgenommen) wurden auf Wandlung durch den therapeutischen Prozeß befragt.

52 gaben an, sich gewandelt zu haben, 13 Fragebogen kamen nicht zurück. Die beschriebenen Veränderungen unterscheiden sich deutlich voneinander.

Es werden zum einen Veränderungen im Umgang mit sich selbst und mit anderen Menschen, aber auch mit der Umwelt beschrieben. Diese Veränderungen machen deutlich, daß neue Fähigkeiten entwickelt, Entwicklungsschritte gemacht worden sind in Richtung auf mehr Selbständigkeit hin, mehr Autonomie, mehr Selbstvertrauen, mehr Lust, das Leben zu riskieren und Verantwortung dafür zu übernehmen. Fällige Trennungsschritte, Abgrenzungen ganz allgemein wurden gewagt; Veränderungen im sich selber Wahrnehmen und Annehmen, eigene Gefühle und Gefühle anderer wahrzunehmen, wurden festgestellt. Sich selber akzeptieren zu können, die Fähigkeit allein zu sein, konfliktfähiger zu sein, Abwesenheit oder Verringerung von psychosomatischen Beschwerden, mehr Humor, mehr Neugier waren weitere Veränderungen, die beschrieben wurden.

Generell beschrieben sich die Menschen als realistischer in bezug auf sich selbst und dadurch auch liebevoller im Umgang mit anderen Menschen, wie denn überhaupt Beziehungen zum anderen Geschlecht und zu Menschen des gleichen Geschlechts sich intensiviert haben. Menschen, bei denen diese Themen im Vordergrund standen, konnten keinen genauen Zeitpunkt für ihre Wandlung angeben. Sie sprachen von einem Wandlungsprozeß, einem Wachstumsprozeß oder einem Entwicklungsprozeß.

Dann werden aber auch deutliche, einschneidende Entwicklungen im Lebensgefühl beschrieben. Ein Beispiel:

"Ich hatte vorher (bevor ein für mich sehr wichtiger Traum in der Therapie in einer ganz speziell dichten Atmosphäre gedeutet worden ist) nie das Gefühl, eine Daseinsberechtigung zu haben, jetzt frage ich gar nicht mehr danach, ich freue mich daran, mein Leben zu gestalten, ich falle nur noch selten in das alte Lebensgefühl zurück."

Wurden Wandlungen dieser Art beschrieben, dann war meistens ein deutliches Ereignis feststellbar, an dem diese Wandlung festzumachen war. Bei dem angefügten Beispiel der Traum, der in einer sehr speziellen therapeutischen Atmosphäre gedeutet worden ist.

Auch wenn der Zeitpunkt der Wandlung beschrieben werden kann, wird deutlich, daß diese Wandlung nicht aus heiterem Himmel kommt, sondern auf einer längeren Arbeit beruht, bestimmt auch schon viele Erlebnisse der Veränderung zuvor erfolgt sind und auch nachzuweisen wären, würde man etwa Therapietagebücher zur Beantwortung dieser Frage beiziehen.

Sehr deutlich werden Erlebnisse der Wandlung von Menschen beschrieben, die in einer Krisensituation eine Therapeutin oder einen Therapeuten aufsuchten, dies als wichtige Ergänzung (nicht aus meiner Befragung):

"Ich war nur noch von der größten Angst bestimmt, daß ich mich umbringen müßte, wenn herauskäme, was für ein moralischer Schuft ich bin. Irgendwie schaffte es der Therapeut, mir innerhalb einer Sitzung klarzumachen, daß es für mich Lösungen gab, dieses Problem anzupacken, daß es meine Verpflichtung war, Verantwortung für mein unentschuldbares Verhalten zu übernehmen - und er gab mir irgendwie auch den Mut dazu. Wie er das gemacht hat, weiß ich nicht, aber als ich hinausging, war ich wie neugeboren, ich hatte das Gefühl, eine neue Haut bekommen zu haben, wieder frei atmen zu können. Dabei lagen ganz unangenehme Gespräche vor mir, aber ich hatte das Gefühl, daß ich mich nicht drücken dürfe, es war eine Frage der "Würde". Das gab mir ein gutes Selbstwertgefühl - wie ich es sonst selten erlebe."

Bei diesem Patienten fällt auf, daß Symbole, die für Wandlung stehen, in seinem Sprachgebrauch vorkommen: Er ist wie neugeboren, er hat das Gefühl, eine neue Haut bekommen zu haben, kann wieder frei atmen.

Der Therapeut, der diese Krisenintervention gemacht hatte, sagte, er habe nichts Spezielles gemacht, er habe die Angst und die Verzweiflung aufgenommen, gemerkt, daß der Mann außerordentlich ansprechbar auf "Menschenwürde" sei, und ihn gefragt, was er denn tun müßte, um seine menschliche Würde in dieser Lebenssituation aufrechtzuerhalten - der Rest sei aus dem Klienten selber gekommen.

Wandlung wird sehr verschieden beschrieben :

1. Als ständiger Wachstumsprozeß, als Entwicklungsprozeß. Auch Zeiten des Stillstandes oder des sehr langsamen Voranschreitens werden erwähnt.
2. In diesen Wachstumsprozessen gibt es ausmachbare "Umschlagssituationen", Situationen, die das Leben eines Menschen sehr deutlich in ein "vorher" und ein "nachher" strukturieren, Menschen erleben sich deutlich verändert.

3. Noch deutlicher wird das Erleben, daß ein Neubeginn stattfinden kann bei Menschen in einer Krise, bei denen erfolgreich eine Entängstigung in der Krise erfolgte, und die dadurch wiederum Zugang zu ihren Ressourcen gefunden hatten.

Der "Beweis" für die Wandlung

Als *Beweis* für die Wandlung wurden vor allem positive und negative Reaktionen der nächsten Beziehungspersonen beschrieben, auch des Therapeuten oder der Therapeutin, dann aber auch neue Schritte im Berufsleben, Klärungen im Beziehungssektor, Ausdruck von mehr Lebensfreude. Weiter als gegenüber früher verändert erlebte Träume und Phantasien, in denen das Traum-Ich sich weniger als Opfer vorkam, dann auch Träume und Phantasien, die als farbiger, bedeutsamer erlebt wurden und betroffener machten. Diese Betroffenheit scheint sehr wichtig zu sein - eventuell ist sie eine Folge des zunehmenden emotionellen Aufgeschlossenseins.

Als Therapeutin erlebe ich Veränderung in der Beziehung zu mir in verschiedener Weise: Aggressive Auseinandersetzung wird mehr gewagt, mehr Nähe darf entstehen, ich werde vermehrt als Mensch wahrgenommen und nicht einfach als Therapeutin.

In der Gegenübertragung erlebe ich mich als entspannter. Die Beziehung wird komplizierter, die Unterscheidung zwischen Übertragung / Gegenübertragung und Beziehung wird immer wichtiger und auch schwieriger.

Ich erlebe auch Veränderungen im symbolischen Material: Träume werden mit der Zeit besser erinnert - das kann ein einfacher Lerneffekt sein - dann sind sie in der Regel strukturierter, was einer zunehmenden Strukturierung des Ich-Komplexes entspricht, sie werden allerdings in Phasen der erneuten Umgestaltung auch wieder chaotisch. Auch ich erlebe Träume und Phantasien mit zunehmender Veränderung als lebendiger, obwohl für mich auch "gewohnter" - jeder Mensch hat seinen Traumstil, an den man sich gewöhnt.

Therapeutische Prozesse erlebe ich zyklischer als dies in den Befragungendurch Analysanden und Analysandinnen zum Ausdruck kommt; mir scheint, daß immer wieder schöpferische Durchbrüche sich ereignen und diese neuen Lebensmöglichkeiten ins Leben hineingetragen werden. Dann ereignen sich wieder neue Konstellationen in der Psyche: eine neue Projektionsintensität wird erlebbar, es herrscht wieder mehr Chaos, mehr Angst vor. Mit der Zeit wissen die Analysanden, worum es geht, sie haben gelernt, mit solchen Situationen produktiv umzugehen, deshalb werden diese Situationen nicht mehr erwähnt.

Auf meine Frage, was der Grund für die Wandlung bzw. die Nicht-Wandlung sei, wurden (in der Reihenfolge der Häufigkeit aufgelistet) die folgenden Gründe für die Wandlung genannt :

- Die *gute therapeutische Beziehung* - oft als "Vertrauensbeziehung" bezeichnet. Eine fehlende gute Beziehung wurde von 6 Personen als Grund für Abbruch der Therapie und Neubeginn bei einem anderen Therapeuten / Therapeutin angegeben, auch das übrigens als "Wandlung" bezeichnet. Der Therapeut / die Therapeutin werden als einfühlend, dennoch konfrontierend erlebt, mit "Glauben an die Entwicklungsmöglichkeiten" des Analysanden / der Analysandin.
- Das *Arbeiten mit symbolischem Material* (Träumen, Phantasien, Bildern).
- *Auseinandersetzung mit sich selbst.*
- Der *Zeitpunkt* für eine Therapie war gut gewählt.

Technik und Geheimnis

In 2 Fragebogen wurde explizit erwähnt, die Veränderung habe nichts mit der Technik des Therapeuten / der Therapeutin zu tun, sondern im wesentlichen mit der Beziehung. Nun gibt es natürlich keine analytische Beziehung, ohne daß gewisse Techniken angewendet werden. Technik verstanden als die Tätigkeit der Gestaltung und des Erschließens natürlicher Kräfte im Menschen, Technik also als die Summe der Mittel und Regeln, die helfen, die Gestaltungsmöglichkeiten der Psyche zu fassen und zu erfassen. (Das wäre der Zweck der Technik - *techné = instrumentum*).

Technik ist ein Mittel zum Zweck - unser Zweck ist das Bewußtmachen von Unbewußtem - von Verdrängtem, von Emotionen, schöpferischen Gestaltungsmöglichkeiten, letztlich mit dem Ziel, dieSelbstregulierungstendenzen der Psyche aufzunehmen und sie erlebbar und erfaßbar zu machen, um Wandlung zu ermöglichen. Es ist geradezu das Anliegen der Technik in der Therapie, das verborgene Psychische zu *ent*bergen, es hervorzubringen; menschliche Schwierigkeiten, menschliche Fähigkeiten sichtbar werden zu lassen.

"Technik ist eine Weise des Entbergens" (Heidegger 1978). Nun *ent*birgt jede Technik, jede Technik *ver*birgt aber auch, verstellt uns gewisse Erlebnismöglichkeiten, und die größte Gefahr ist wohl die, daß wir uns im Anwenden einer Technik erschöpfen und nicht mehr wirklich zum Entbergen des Ursprünglichen kommen, eine Technik um der Technik willen anwenden und nicht mehr sehen, was wir mit ihr eigentlich entbunden haben.

Beispiel. So können wir etwa einen Traum mit allen Raffinessen deuten und vergessen darüber, die emotionale Betroffenheit ganz anklingen zu lassen, die vielleicht zu einer ganz anderen Deutung führen könnte. Oder wir sind dermaßen beschäftigt mit dem Deuten von Übertragung und Gegenübertragung, daß wichtige angebotene Bilder übersehen werden. Wir sehen nur noch einen Teil dieses Menschen, diesen Teil dafür überscharf.

Es ist gerade auch das Wesen der Technik in der Psychotherapie, die therapeutische Beziehung so zu gestalten, daß ein Optimum an psychischer Lebendigkeit zugelassen wird, und daß das Wesen des Analysanden / der Analysandin zum Ausdruck kommen kann. Die therapeutische Beziehung selbst beruht auch auf allen Techniken, die angewendet werden.

Wenn ich also frage, wie denn das Verhältnis von Technik und Geheimnis ist im Zusammenhang mit Wandlung in therapeutischen Prozessen, dann geht es nicht um die Gegenüberstellung von therapeutischer Beziehung und handwerklichen Methoden - Techniken - sondern es geht mir darum herauszuarbeiten, daß gerade durch das Anwenden der sinnvollen Techniken etwas entborgen werden kann, das zuvor nicht da war, ein neues Erleben von sich selbst, ein neues Erleben der Welt, ein neues Erleben der Beziehung.

Wandlung. Damit sind neue Wirkungseinheiten geschaffen - unsere Eigenschaften erkennen wir letztlich an den Wirkungen, die sie in den Beziehungen haben. Sie sind auch nicht linear zu sehen, wir wirken aufeinander ein. Und damit ist sehr viel Geheimnis verbunden. Ich denke in diesem Zusammenhang an Eckart Wiesenhütter, der in Anlehnung an Novalis vom "Geheimnisstand" einer Person spricht, eines Analysanden, einer Analysandin. Dieser enthüllt sich nach und nach in der Begegnung, wobei das Geheimnis des einen Menschen verschränkt ist mit dem Geheimnis des ihm Begegnenden, dieser Geheimnisstand kann aber nicht wirklich aufgehoben werden. Das Ernstnehmen dieses Geheimnisstandes bewirkt eine bestimmte Haltung: In der Therapie ein respektvolles Begegnen, das nie alles und schon gar nicht im voraus weiß. Um das Wissen muß man sich immer wieder bemühen, um das schrittweise Lüften des Geheimnisses, darüber hinaus impliziert der Geheimnisstand eine Haltung des Staunens vor den Möglichkeiten, die Menschen haben, Möglichkeiten, die immer das überschreiten, was wir jeweils für "menschenmöglich" halten, im Guten und im Schlechten. Eine radikale Offenheit der Zukunft für jeden Menschen ist damit mitgedacht. Leben muß nicht versteinert sein, muß nicht immer sich in gleichen Bahnen bewegen. Der Therapeut / die Therapeutin werden in dieser Situation zu Mitmenschen, die diese neue Offenheit entbinden helfen, in ihrem Vertrauen auf diese Offenheit kann sich Offenheit auch ereignen. Das mit dem Ernstnehmen des Geheimnisstandes verbundene Therapieziel ist nach Wiesenhütter "die Öffnung des Menschen zur Möglichkeit schöpferischen Werdens" (Wiesenhütter 1969).

Das ist auch das Therapieziel nach C.G. Jung: schöpferisch mit dem eigenen Leben umzugehen, *auf dem Weg* zu sein. Zum Thema des Schöpferischen gehören aber immer auch die Brachzeiten, manchmal auch die Trockenzeiten, das Aushalten von Lebenssituationen, in denen nichts zu werden scheint. Schöpferisch werden ist ein Therapieziel, ein anderes ist, sich mit sich selbst einverstanden zu erklären - als werdender Mensch - mit allen Ecken und Kanten, die uns doch letztlich ausmachen (Kast 1990).

Stellen wir das Geheimnis eines Menschen in den Vordergrund, orientieren wir uns am Geheimnis einer Person, aber auch am Geheimnis des Wandlungsprozesses, dann sind wir in einer ganz speziellen therapeutischen Haltung, einer therapeutischen Haltung, die gerade mit den angewendeten Techniken, die durchaus immer mehr verfeinert werden können, das Ziel hat, etwas vom Geheimnis dieses Menschen zu entbergen, für *ihn selbst* zu entbergen, für *uns* zu entbergen. Der Mensch ist dann nicht eine Ansammlung von Komplexkonstellationen - das ist er u.a. zwar auch - er ist immer auch sehr viel mehr, er ist immer auch etwas, das noch nicht ergründet, und daher auch spannend ist. Das aber wiederum ist die Voraussetzung, daß Wandlung möglich wird. Diese Wandlung in sich bleibt über lange Strecken geheimnisvoll. Das ganze Lebenswerk von Jung besteht eigentlich darin, das Phänomen der Wandlung zu verstehen zu versuchen.

Dennoch meine ich, ist Wandlung nicht nur geheimnisvoll: Es gibt therapeutische Haltungen, die Wandlung mehr zu ermöglichen scheinen als andere. Wandlung scheint in einem Klima der Orientierung am Geheimnisstand grundsätzlich mehr Raum zu haben, auch eher erwartet zu werden. Mir scheint es auch wichtig zu sein, daß wir Wandlungsvorgänge in den Therapien so genau wie möglich beschreiben, um vielleicht noch immer mehr hinter das Geheimnis zu kommen.

Voraussetzungen für Wandlung

Die Erlaubnis der Teilhabe aneinander als Voraussetzung für die Wiederherstellung der Selbstregulierungsfunktion in der Psyche

Da Technik im Zusammenhang mit der Therapie steht, die wir anwenden, werde ich einige theoretische Vorbemerkungen machen und dann an einem Beispiel das Verhältnis von Technik und Geheimnis aufzeigen.

Für Jung ist das psychische System ein sich selbst regulierendes System, wie es auch der lebende Körper ist. Jung sieht diese Selbstregulierung vor allem darin, daß vom Unbewußten her Reaktionen gegen bewußte Einseitigkeiten zu erwarten sind, so daß die Integrität der Gesamtstruktur gewahrt bleibt, der Mensch aber auch fähig ist, seinen jeweiligen Standpunkt zu transzendieren (Veränderung oder Wandlung).

Für den therapeutischen Prozeß sind die Symbole als Verdichtungskategorien Brennpunkte der menschlichen Entwicklung: in ihnen bilden sich Lebensthemen ab, die unsere Schwierigkeiten ausmachen, die aber gerade auch neue Lebensmöglichkeiten in sich bergen, unsere Entwicklungsmöglichkeiten abbilden. Zudem zeigen diese Symbole, daß unsere persönlichen Probleme meist auch typisch menschliche Probleme sind, was sich daran erkennen läßt, daß viele unserer Symbole, die wir zunächst als sehr persönliche Symbole erleben, in Märchen und Mythen, in der Literatur und in der Kunst anzutreffen und dort in einer speziellen Gestaltung erfahrbar sind.

Daß im Symbol immer ein Hemmungsthema, das zugleich ein Entwicklungsthema ist, angesprochen wird, wird deutlich, wenn wir bedenken, daß Symbole Komplexe abbilden. Komplexe sind Konstellationen von verdichteten Erinnerungen, Erfahrungen und Phantasien, um ein ähnliches Grundthema geordnet und mit einer dazugehörenden Emotion gleicher Qualität besetzt. Sie beeinflussen unsere Wahrnehmung von Welt, unsere Gefühle, unsere Beziehungen, unsere Ideenbildung, haben aber auch einen Einfluß auf somatische Vorgänge. Werden sie im aktuellen Leben angesprochen, zeigen wir sog. Überreaktionen; die Emotion, die mit dem Komplex verbunden ist, überschwemmt uns, Phantasien im Zusammenhang mit den Prägesituationen des Komplexes verzerren die Wahrnehmung der aktuellen Situation. Die Emotionen versuchen wir dann mit stereotypen Abwehrmechanismen zu bewältigen. Das führt zu stereotypen Abwehrstrategien.

Leiden Menschen z.B. im Bereich des Übergangenwerdens an einem Komplex, so weist das darauf hin, daß sie sich im Laufe ihres Lebens immer einmal wieder übergangen gefühlt haben, und daß diese Erfahrung mit schmerzhaften Emotionen verbunden war. Diese Menschen betrachten das Leben unter dem Aspekt: Werde ich - wird jemand - übergangen? Werden diese Menschen übergangen, dann reagieren sie mit der Emotion, die allen ihren Gefühlen bei den Erlebnissen des Übergangenwerdens in ihrem Leben etwa entsprechen. Phantasien, Erinnerungen an Situationen des Übergangenwerdens tauchen auf und verzerren die Wahrnehmung der Situation. Dann setzen Abwehrstrategien ein: Menschen, die uns übergehen, werden z.B. einfach entwertet.

In der Emotion, die den Komplex ausmacht, steckt die Energie, die dem Ich-Komplex fehlt, um mit diesem Problem zu Rande zu kommen. Diese Energie wird uns zugänglich, wenn wir den Komplex sich ausphantasieren lassen - in den

symbolischen Gestaltungen. Die Symbole sind also - im Hier und Jetzt - die Verarbeitungsstätten der Komplexe; in den Symbolen kann die Auseinandersetzung des Ichs mit den Komplexen stattfinden. Das bedeutet aber auch, daß das Thema der Erinnerung, das mit dem Symbol verknüpft ist, lebensgeschichtliche Erinnerung an diese meist schmerzhaften Prägesituationen ist. Das Thema der Erwartung, das mit dem Symbol verknüpft ist, zeigt Wege aus der Komplexbefangenheit auf.

Komplexe zeigen sich natürlich nicht nur in den Symbolen, sondern sie sind auch konstelliert in Beziehungen ganz allgemein und in der therapeutischen Situation, dort nicht selten in kollusiven Übertragungen und Gegenübertragungen: Da wird einer zum Kind, das immer wieder ähnliche Konflikte mit Beziehungspersonen auszustehen hatte, der andere wird zu dieser Beziehungsperson, die komplexprägend war, denn in unseren Komplexen sind die schwierigen Beziehungserlebnisse unserer Kindheit und unseres späteren Lebens abgebildet und verdichtet.

Archetypen und Komplexe

Kern der Komplexe sind in der Jungschen Theorie die Archetypen, deshalb gibt es auch viele typische Komplexe, die geradezu volkstümlich geworden sind: Mutterkomplexe, Vaterkomplexe, Machtkomplexe usw.

Archetypen sind anthropologische Konstanten des Erlebens, des Abbildens, des Verarbeitens und des Verhaltens. Sie sind also Ausdruck der Menschenart des Menschen. Die archetypischen Vorstellungen sind vermittelt durch die persönlichen Komplexe, erhalten dadurch auch eine persönliche Färbung.

Der Archetypus ist einerseits ein strukturgebender Aspekt im psychischen und im physischen Bereich, d.h. Menschen haben in bestimmten Lebenssituationen, z.B. in Übergangsphasen, vergleichbare Emotionen, vergleichbare Phantasien, eine vergleichbare Anfälligkeit für Krankheiten im körperlichen Bereich, vergleichbare Möglichkeiten des Umgehens mit diesen Situationen, auch vergleichbare Phantasien der Rettung usw. Daß es dann doch auch die ganz je eigene Situation ist, verdanken wir unseren Komplexen. Zum Archetypus gehört über diesen strukturellen Aspekt hinaus auch eine spezielle Dynamik, die bewirkt, daß etwas von der Potentialität in die Aktualität gebracht wird. Diese Dynamik wird von Jung auch als "spontanes Bewegungs- und Tätigkeitsprinzip" beschrieben, sie bewirkt eine freie Bilderzeugung und eine souveräne Manipulation der Bilder und ist Grundlage für den schöpferischen Impuls.

Werden kollektive Symbole erlebt, oder kollektiv symbolische Prozesse in Zusammenhang gebracht mit den persönlichen Schwierigkeiten, wird in der Regel eine große Betroffenheit erlebbar, die Emotion der Hoffnung bricht auf, Phantasien im Sinne des Bewältigens werden erlebbar, Wandlung wird als möglich erachtet oder wird erlebt. Gegenüber früher veränderte Emotionen sind erlebbar, damit wird auch anderes Verhalten möglich. Die gesamten Techniken, die in der Jungschen Schule angewendet werden, haben das Ziel, die Selbstregulierung, die über diese archetypischen Bilder an den Ichkomplex herangetragen werden, möglich zu machen.

Ein Beispiel zum Thema der Teilhabe

Ich habe erwähnt, daß Komplexe sich gerne aufspalten in kollusive Übertragungs-Gegenübertragungsmuster im therapeutischen Prozeß. Das findet besonders dann statt, wenn wir Aspekte der Elternkomplexe zu bearbeiten haben, die als hemmend erlebt werden. Es scheint mir das Wesentliche an dem, was wir den ursprünglich negativen Mutter- oder negativen Vaterkomplex nennen, zu sein, daß die Eltern es den Kindern - meist unbewußt - nicht, oder für das Bedürfnis des Kindes zu wenig, gestattet haben oder gestatten konnten, an ihnen teilzuhaben, mit ihnen in einem ozeanischen Lebensgefühl zu verschmelzen, in einem gemeinsamen "Wir" sich aufgehoben zu fühlen und dann auch wieder eigenständig zu werden.

Dadurch werden sie auf ihren Ich-Komplex zurückgeworfen in Situationen, in denen nicht Autonomie das Thema wäre. Eine wichtige Folge davon ist, daß diese Menschen das Gefühl haben, "nicht dazuzugehören", daher nicht liebenswert zu sein.

Kasuistik

Ein 42jähriger Mann hatte einen Vater, der ihm immer das Gefühl gab, er erwarte von ihm etwas Bedeutendes.

Der Mann hatte in seiner Kindheit den Vater als sehr entwertend erlebt, auch als sehr ausstoßend gegenüber dem Sohn. Vatersätze: "Man muß die Sachen nicht nur gern machen, man muß sie auch können ...". "Ich mache alles prima, du bist ein Würstchen." Der Sohn hätte gerne gehört: "Wir machen das schon miteinander."

Seit der 51. Stunde stockt die Therapie. Der Vaterkomplex ist konstelliert: Träume mit väterlichen Gestalten werden einmal nachimaginiert und gedeutet; ein Brief an den Vater wird geschrieben in Anlehnung an Kafka; in einem Psychodrama-Wochenendseminar mit einem Therapeuten bearbeitet der Analysand sein Vaterproblem. Die komplexhafte Gestalt des Vaterkomplexes wird projiziert, unter anderem auch auf mich: "Sie erwarten von mir irgend etwas Bedeutendes." Ich deute das als Übertragung der Situation mit seinem Vater, der etwas Bedeutendes von ihm verlangt. Er versteht. Es ändert sich nichts.

Nach einigen Stunden wurde mir bewußt, daß ich jetzt langsam wirklich etwas von ihm wollte, nicht gerade bedeutsam sollte er sein, aber zumindest einmal sich ein wenig verändern. Ich faßte diese Wahrnehmung in Worte: "Ich werde ungeduldig, ich möchte, daß sich etwas verändert. Aber ich habe kein Recht, diese Veränderung zu fordern."
Patient: "Den letzten Satz hätte Vater nicht gesagt."

Der Komplex war nun deutlich kollusiv aufgespalten: der Vateranteil des Komplexes war an mich delegiert, ich hatte die Delegation aufgenommen, ihm blieb der Kindanteil. Ich ärgerte mich darüber, daß ich nicht mehr seine Entwicklungsmöglichkeiten sah und auf sie vertraute, wie ich es üblicherweise kann, sondern daß ich ihn - recht systemimmanent im Sinne des Komplexes - als einen Versager sah. War er weg, dann konnte ich sehr gut unterscheiden zwischen meiner Identifikation mit einem Komplexanteil und meiner sonst üblichen Haltung.

Er sprach dann auch davon, daß ich eben doch etwas Bedeutsames von ihm wolle, daß er sich so klein fühle, so unbedarft, so wie ein Kind, das am liebsten in den Boden versinken möchte. Vorher aber würde er mich noch in den Absatz stechen mit einer Nadel, da tue es besonders weh. Er würde sich doch so gerne verändern, wenn nur *mir* etwas einfallen würde.

Er konnte seine Wut wahrnehmen, seine Ohnmacht, wir konnten sie auch annehmen, aber es tat sich nichts, auch die Träume wurden gerade jetzt nicht erinnert. Ich spürte immer mehr den Druck, etwas tun zu müssen, und es wollte mir einfach nichts einfallen. Er wurde immer fordernder: "Ich dachte eigentlich, Sie seien gut ...", ich immer phantasieloser. In der 63. Stunde ärgerte mich das nicht wie sonst, sondern es amüsierte mich: was lief denn da eigentlich?

Ich sah plötzlich - als Gegenübertragungsbild - meinen Analysanden als kleinen, sehr einsamen Buben in einer kahlen Landschaft stehen, umgeben von einigen großen Gestalten, die alle auf ihn einredeten, er aber schrumpfte und schrumpfte und fühlte sich sichtlich als ein "Nichts". Ich beschrieb dieses mein Bild dem Analysanden und sagte ihm, ich hätte mich in letzter Zeit auch so gefühlt in unseren Stunden. Miteinander rekonstruierten wir die Gefühle des kleinen Buben angesichts der großen Gestalten, die der Analysand als Riesen bezeichnete.

Auch die Möglichkeit, vor dem endgültigen Versinken in den Boden noch in die Ferse zu stechen, erlebten wir gemeinsam als letzte, wirkungsvolle Rache. Die Atmosphäre zwischen uns war verändert, hatte ich in den Stunden zuvor mit Müdigkeit

zu kämpfen, war ich jetzt hellwach, wir waren nicht in einer Distanz zueinander, nicht in Kampfposition, sondern ein deutliches "Wir" war zu spüren.

In die nächste Stunde kam der Analysand und sagte mir, er fühle sich wie neugeboren, jetzt habe er endlich das Gefühl, den "Panzer des Vaterkomplexes" abgeworfen zu haben. Ihm sei aufgegangen, daß er ja nicht nur in der Rolle des kleinen Buben sein könne; mir gegenüber sei er doch in der Rolle seines Vaters gewesen, und nicht nur mir gegenüber ... Es sei auch eine sehr harte Woche gewesen. Ihm sei aufgefallen, wie schrecklich er sich benommen habe, noch schlimmer als sein Vater - und das habe er ständig projiziert! Es nicht gemerkt!

Woran er merke, daß er den Panzer des Vaterkomplexes abgeworfen habe? Er benehme sich nicht mehr wie der kleine Bub, er müsse nichts Bedeutsames leisten, diese Entwicklung sei doch jetzt bedeutsam genug ... seine Frau habe gesagt, was denn sei, er habe sich deutlich verjüngt, sei freudiger geworden. Er habe seinen Chef um eine längst fällige Gehaltserhöhung gebeten und sie auch bekommen ...

Er träumte von einem gleichaltrigen Mann, der ihn sehr faszinierte, den er unbedingt kennenlernen wollte, er schien ihm entschlossener und zugleich verspielter zu sein als er selbst ... Ich war in der Stunde sehr entspannt und dankbar darüber, daß es solche Aufbruchssituationen gibt. Zwischen der bangen Hoffnung, daß sich die nächste Runde der Bearbeitung dieses Vaterkomplexes nicht zu rasch einstellen möge und der Faszination, was für Lebensmöglichkeiten für diesen Mann durchaus offen sind, oszillierte ich.

Diese Wandlung scheint mir sehr typisch verlaufen zu sein: Komplexe, bevor sie sich ausphantasieren, spalten sich gerne auf. Diese Aufspaltung entspricht einer Delegation. Als diese mir bewußt wurde, deutete ich sie. Deutung schafft aber immer auch Distanz. Erst als mir auch der andere Teil der Komplexkonstellation bewußt wurde, ich als kleiner Bub, der ein Nichts ist, aber zusticht, vor dem endgültigen Untergang, und ich meinen Gegenübertragungswiderstand aufgeben konnte, indem ich empathischer mit mir umging, mich amüsierte; statt mich weiterzuärgern, war ich zu meinem Unbewußten hin wieder geöffnet und konnte das Bild in den therapeutischen Prozeß stellen, das uns beide ansprach, das uns zu einem "Wir"- Erleben brachte, das uns beide mit unserem Unbewußten in Kontakt brachte. Damit konnte aber die Selbstregulierung der Psyche wiederum funktionieren, ich war aus der komplexhaften Einengung in der Beurteilung der analytischen Situation befreit, der Analysand erlebte sich "wie neugeboren", zeigte eindeutig ein anderes Verhalten als bisher, brachte ein neues - archetypisches - Symbol in den therapeutischen Prozeß (den faszinierenden gleichaltrigen, unbekannten Mann), das uns in der Folge sehr beschäftigte.

Schlußbemerkungen

Meine These: Gelingt es uns, eine urspüngliche "Wir"- Situation herzustellen, oft gegen beachtliche Widerstände von beiden Seiten, dann kann wieder aufgenommen werden, was aus der Psyche an uns herangetragen wird, d.h. die Selbstregulierung der Psyche funktioniert dann wieder. Da die Selbstregulierung der Psyche des Analysanden in dieser Zeit nicht funktionierte, mußte sie von mir her geleistet werden. Wenn wir Analytiker uns unseren Bildern in emotional belastenden Situationen öffnen können, und diese Bilder wirklich unserem menschlichen Analyse-Wir oder unserem "Dazwischen" entsprechen und nicht nur unserer eigenen Komplexkonstellation, dann sprechen diese Bilder den Analysanden an, eröffnen ihm neue Phantasien, neue Emotionen, schließlich auch neue Handlungsbereitschaften. Es ist, als könnte man im therapeutischen Prozeß, aber nur, wenn man wirklich der Psyche des anderen geöffnet zugewandt sein kann, stellvertretend kreative Impulse aufnehmen und diese dem anderen Menschen zurückgeben. Die Selbstregulierung der Psyche des Analysanden / der Analysandin kann durch den Therapeuten in Gang gebracht und wieder an ihn / sie herangetragen werden. Das scheint mir etwas außerordentlich Geheimnisvolles zu sein und eng mit dem Gedanken der Wandlung verknüpft. Für mich sind das die Situationen in der Therapie, in denen ich deutlich das Gefühl habe, daß sich jetzt etwas bewegt hat - und das gibt mir Hoffnung auf *mehr* Bewegung - auf Wandlung.

In diesem komplizierten Prozeß, den ich so präzise wie möglich zu beschreiben versuchte, sind viele Überlegungen, die der Behandlungstechnik entspringen, der Behandlungstechnik, die im Zusammenhang mit der Theorie steht, auf der ich fuße und die ja auch ein Therapieziel impliziert. Es ist aber auch viel Geheimnisvolles damit verbunden: Warum ist die Veränderung so - und nicht anders - erfolgt, warum ärgerte ich mich genau an diesem Tage nicht mehr? Es gab dafür keinen äußeren, vernünftigen Grund - war es einfach der richtige Moment? *Kairos?*

Wichtig scheint mir auch zu sein, daß ich alle Technik anwenden mußte, die ich zur Verfügung habe, damit ich nicht weiter mit diesen Komplexanteilen identifiziert blieb, diese Komplexidentifikation hatte mir gerade den Blick für das Geheimnis dieses Menschen genommen, ihn also relativiert auf "nichts als" - ganz im Sinne eines negativen Vaterkomplexes, diese Komplexkonstellation hatte mich nicht mehr an Wandlung glauben lassen, allenfalls noch an Wandlung durch Abbruch.

Vielleicht ist überhaupt das Wichtigste am ganzen therapeutischen Prozeß, daß man sich in einen Prozeß hineinbegibt, in dem Wandlung grundsätzlich erwartet wird, ein Mensch mit einem arbeitet, der vom Thema der Wandlung angetan, ja fasziniert ist.

Literatur

Heidegger M (1978) Die Frage nach der Technik. Vorträge und Aufsätze. Neske, Pfullingen, S 9-40

Wiesenhütter E (1969) Therapie der Person. Hippokrates, Stuttgart, S 308

Kast V (1990) Die Dynamik der Symbole. Grundlagen der Jungschen Psychotherapie. Walter, Olten

Wandlungen der Psychotherapie und Psychoanalyse im Spannungsfeld des Nationalsozialismus

Michael Ermann

"Die moderne Seelenheilkunde, in der Fachsprache Psychotherapie genannt, hat im letzten Jahrzehnt einen großen Aufschwung genommen und ist in Deutschland auch vom Staat anerkannt worden."
Heinrich Goitzsch: Heilwege für die erkrankte Seele.
In: *Das Reich* vom 20.08.1944

Was kümmert uns 1990 noch eine Geschichte, die bald ein halbes Jahrhundert zurück liegt? Wird Vergangenheitsbewältigung und werden die Schuldbekenntnisse über die Schreckensereignisse während des NS-Regimes nicht zu einem selbstquälerischen Ritual, mit dem wir uns entlasten und aus dem nichts folgt (vgl. Dahmer 1990, S. 138)? Lenken die Betrachtungen über die Fehlentwicklungen im Dritten Reich und speziell die Reflektion über die Geschichte der Psychotherapie und Psychoanalyse im NS-Staat nicht von folgenschweren Versäumnissen in der Gegenwart ab: vom Schweigen der großen Mehrheit der Psychoanalytiker und Psychotherapeuten zu Mißständen im eigenen fachlichen und berufspolitischen Bereich, vom Schweigen zu den sozialen, politischen und ökologischen Herausforderungen unserer Zeit?

Es besteht tatsächlich die Gefahr einer Geschichtsbetrachtung ohne Konsequenz. Aber es besteht auch die andere Gefahr der Fortsetzung des Schweigens über unsere Vergangenheit, das über Jahrzehnte die Nachkriegsgeschichte unseres Landes geprägt hat. Es hat einer grandiosen Verleugnung der Last der nationalsozialistischen Vergangenheit Raum gegeben und mit der Unfähigkeit zu trauern und zu bedauern einer emotionalen Verarmung Vorschub geleistet. Vielleicht war es ein Schweigen, um für unaussprechlich Beschämendes Worte zu finden. Aber würden wir in unserem eigenen Bereich auch heute über unsere Geschichte schweigend hinweggehen, so würden wir eben jene Sprachlosigkeit fördern, die wir in unseren Reihen zugleich beklagen.

Man sagt, Geschichte würde sich nicht wiederholen. Aber Freud (1939) hat gezeigt, daß die verdrängten, unerledigten Motive zur Wiederholung drängen. Er hat

damit die Aufgabe gestellt, die "Wiederkehr des Verdrängten", das Wiederholen verdrängter Szenen der Kränkung und Verletzung und die unbewußte Weitergabe dieses Prozesses von Generation zu Generation aufzulösen. Dazu müssen wir uns kundig machen über unsere Vergangenheit und die Motive ergründen, die zur Verdrängung geführt haben.

Welche Motive haben die Psychoanalytiker und die Psychotherapeuten im NS-Staat zum Stillhalten und zum Mitmachen veranlaßt? Können wir aus unserer Geschichte Erkenntnisse gewinnen, die vielleicht heutiges Stillhalten und Mitmachen bewußter werden und in neuem Licht erscheinen lassen? Wenn wir die in die Geschichte eingewobenen Motive für wahr nehmen, dann gewinnen wir ein realistischeres Verhältnis zu uns selbst und können Schritte in neue Richtungen tun. Wenn wir für wahr nehmen, wo das Versagen damals lag, können wir neuer Schuld womöglich vorbeugen.

Wandlungen der Psychotherapie

Die Psychotherapie *vor* dem Nationalsozialismus hat sich als breitere Bewegung etwa nach 1920 entwickelt. [1] Sie war als Gegenströmung zu einer stark von der Hirnanatomie und Vererbungslehre dominierten Psychiatrie intendiert. Die tragende Idee war die einer aktiven seelischen Heilung. 1926 fand der erste Psychotherapiekongreß in Baden-Baden statt, 1928 wurde die Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGT) unter dem Vorsitz von Kretschmer gegründet. Besonders J. H. Schultz betrieb in diesem neugeschaffenen Rahmen die Einigung der psychotherapeutischen Richtungen, die damals durch die Schulen Freuds, Jungs, Adlers und Künkels sowie einige weitere tiefenpsychologische Richtungen repräsentiert wurden. Das Ziel war eine breite Verankerung des psychotherapeutischen Ansatzes in der Nervenheilkunde, aber als "kleine Psychotherapie" auch in anderen ärztlichen Disziplinen. Wenn man der Darstellung von Prinzhorn (vgl. Lockot 1985, S. 56) folgt, dann war die psychoanalytische Orientierung eine stillschweigende Grundvoraussetzung der damaligen Psychotherapie.

So kann man verallgemeinernd wohl sagen, daß die Psychotherapie mit Hitlers Machtergreifung in ein Spannungsfeld zwischen dem Menschenbild der Psychoanalyse und der nationalsozialistischen Ideologie geriet. Auf der einen Seite Freud (1919, S. 190), der dem einzelnen "zur Befreiung und Vollendung seines Wesens" verhelfen wollte, auf der anderen Seite der Nationalsozialismus mit sei-

---

[1] Zu historischen Hintergründen vgl. vor allem Lockot R (1985)

nen völkischen Gemeinschaftsideen. Die Bewegungen, die in diesem Spannungsfeld folgten, lassen sich auf einer institutionellen und auf einer Inhaltsebene beschreiben.

Institutionell reagierte die AÄGP auf die Machtergreifung mit der Auflösung des Vorstandes, in dem z.B. Kronfeld als Jude Mitglied gewesen war, und plante die Übernahme des Vorsitzes durch Matthias Göring. Er war der Vetter des späteren Reichsmarschalls, ein Mitglied der NSDAP. Von seiner wissenschaftlichen Orientierung her war er Individualpsychologe. Nach internen Auseinandersetzungen mit Kretschmer, der eine Annäherung der Gesellschaft an den Nationalsozialismus ablehnte, deshalb den Vorsitz aufgab und eine Paralleleinrichtung für Psychotherapeuten innerhalb der Psychiatriegesellschaft plante, konzipierte eine Kommission die Neugründung der AÄGP als *Deutsche* Allgemeine Ärztliche Gesellschaft. Das Ziel war, "dem Leitgedanken der nationalen Regierung genau entsprechen zu können" (Lockot 1985, S. 61).

Während die alte Gesellschaft unter Leitung von C.G. Jung überstaatlich weitergeführt wurde, wurde die DAÄGP im September 1933 gegründet. Göring wurde ihr Vorsitzender.

"Diese Gesellschaft hat den Willen und die Aufgabe," hieß es in der Gründungserklärung, "unter bedingungsloser Treue zu dem Führer des deutschen Volkes, Adolf Hitler, diejenigen deutschen Ärzte zusammenzufassen, die willig sind, im Sinne der nationalsozialistischen Weltanschauung eine seelenärztliche Heilkunst auszubilden. ... (Sie) hofft, ... eine besondere deutsche Seelenheilkunde schaffen zu können, die nach dem Gedanken des Volkskanzlers auf eine heroische und opferwillige Gesinnung hinzielt" (zit. n. Lockot 1985, S. 62).

Damit war die organisatorische und inhaltliche Gleichschaltung der Psychotherapie schon neun Monate nach Hitlers Machtübernahme besiegelt.

Die erwähnte "deutsche Seelenheilkunde" war das geistige Resultat der Anpassung der Psychotherapie an den NS-Staat, die Bewegung auf der *Inhaltsebene*. Es handelt sich um eine Kunde, die sich durch ihre politisch-ideologische Zweckbestimmung und Sprache auszeichnete, im übrigen aber durch Mangel an eigener wissenschaftlicher Substanz und wahrscheinlich deshalb auch durch polemische Abgrenzungen speziell gegenüber der Psychoanalyse, deren Methodik sie im übrigen weitgehend übernahm. Dafür beispielhaft sind die Ausführungen von Hattingberg (1943, zit. n. Lockot 1985, S. 192) vor der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft: Die Psychoanalyse beschränke sich nicht nur darauf, seelische Gleichgewichtsstörungen, die durch Traumata entstanden seien, zu beheben, sondern sie habe die Lehre vom Unbewußten entwickelt und eine systematisch ausgebaute Auffassung vom Bau der Funktion des Seelenlebens überhaupt. Es genüge nicht, die Sexualität als "jüdische Lehre" abzutun, der richtige Kern der

Analyse sei herauszuschälen: dazu gehöre die Trieblehre und der Entwicklungsgedanke der Neurosen.

Die politische und ideologische Zielsetzung aber ist die eigentliche inhaltliche Konzession der Psychotherapeuten an den NS-Staat. In einem Sonderheft des Zentralblatts für Psychotherapie, Organ der AÄGP, stellte Göring ihren Beitrag zum "Aufbau des neuen Reiches" (1934, S. 7) in 10 Aufsätzen zusammen, aus der Feder von führenden Psychotherapeuten wie Heyer, Kranefeld, Künkel, Schultz, Schultz-Hencke und anderen. Das Besondere dieses Dokumentes ist die Tatsache, daß es im NS-Staat überhaupt für eine Psychotherapie Raum gab, d.h. für gedankliche und für tatsächliche Möglichkeiten, Menschen durch psychologische Beeinflussung zu verändern. Dieses Konzept war ein eklatanter Widerspruch zur Rassenideologie der Nazis (Brockhaus 1987, S. 112). So bleibt die Frage, warum die Nazis mit den Psychotherapeuten und warum die Psychotherapeuten mit den Nazis paktierten.

Ich folge hier der für mich überzeugenden Argumentation von Cocks (1983, 1985). Er sieht als wesentliches Motiv des NS-Staates eine "massive Besorgtheit um die seelische Volksgesundheit" und dabei eine "gebührend arisierte Psychotherapie ... als ein wichtiges Mittel, um die Loyalität und Produktivität des deutschen Volkes sicherzustellen" (1983, S. 1068). Als Belege für diese Thesen kann man die Aufgaben und Zielsetzungen betrachten, die die Schriften der "deutschen Seelenheilkunde" dokumentierten - von der "Erziehung der Menschen, deren Behandlung erb-biologisch sinnvoll erscheint, zu wahrem Gemeinschaftsgefühl und zu Autoritätsglaube" (Göring) bis hin zur "Tüchtigkeit als psychotherapeutisches Ziel" (Schultz-Hencke). Und dazu noch einmal Hattingberg 10 Jahre später vor der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft: Der Arzt müsse dem Menschen den Glauben an den Sinn des Lebens und die Verbindung zur höheren Welt der Werte vermitteln. Nur so könne die alte individualistische Psychotherapie durch eine Psychotherapie ersetzt werden, die dem Kranken das Bewußtsein vermittele, eingegliedert und eingebunden zu sein in die große Schicksalsgemeinschaft des deutschen Volkes (1943, zit. n. Lockot 1985, S. 193).

Als Motiv der Psychotherapeuten für ihre Zugeständnisse an den NS-Staat erscheint mir mit Cocks (1985) als das Wesentliche die Chance, sich unter dem Schutz von M.H. Göring gegenüber der damaligen Übermacht der Psychiater zu behaupten. Es geht dabei um die Chance berufspolitischer Sicherungen, die bis in unsere Zeit hineinwirken: die Anerkennung, ja sogar staatliche Mitfinanzierung der psychotherapeutischen Ausbildung, die Einbeziehung der Psychologen in die Psychotherapie als Heilhilfspersonen und die Finanzierung von Psychotherapie durch öffentliche Krankenkassen, um nur die wichtigsten Marksteine zu nennen. Das Entscheidende aber: die Psychotherapie erhielt mit der Einrichtung des staatlich geförderten "Deutschen Instituts für Psychologische Forschung und Psychotherapie" im Jahre 1936 - des sogenannten Göring-Instituts und späteren

"Reichsinstituts" - im NS-Staat eine Legitimation für weite Bereiche des staatlichen und gesellschaftlichen Lebens, die bis dahin und zum Teil auch danach undenkbar war. Zu nennen sind u.a.:

- Forschungsaufträge zur Unfallverhütung am Arbeitsplatz,
- zur psychologischen Untersuchung über die Weltanschauung,
- zur Verarbeitung von Bombenangriffen durch Kinder,
- zur Psychologie abgeschossener Flieger,
- kriminalpsychologische Untersuchungen mit Gutachten zur Homosexualität und zum Exhibitionismus.

Die Wichtigkeit, die die Machthaber diesem Institut und seiner Tätigkeit beimaßen, schlug sich 1939 in der Übernahme des Instituts durch die "deutsche Arbeitsfront" nieder, was wirtschaftliche Sicherheit über Jahre hinaus bedeutete. Es wurde zum "kriegswichtigen Institut" erklärt, das die psychologische Kriegsführung mit Expertisen, Ausbildung von Militärpsychologen und mit der Behandlung von Kriegsneurotikern unterstütze (vgl. Lockot 1985, S. 209). 1944 wurde es schließlich noch als "Reichsinstitut" in den "Reichsforschungsrat" aufgenommen. In der Zeit der Kriegsbewirtschaftung bedeutete das eine weiterhin gesicherte Finanzierung.

So gelang der Psychotherapie in Deutschland - 1933 noch eine relativ junge und schwache Bewegung - im Dienste des NS-Staates eine Institutionalisierung und Existenzsicherung. Sie wurde zum Vorreiter der damaligen europäischen Psychotherapie. Diese Entwicklung, so resümiert Cocks für Psychotherapie und Psychoanalyse im Dritten Reich (1985, S. 31), "läßt sich korrekt weder als 'Unterdrückung' noch als 'Rettung' charakterisieren, vielmehr ist sie das Ergebnis einer konsequenten berufspolitischen Entwicklung und Selbstgleichschaltung".

Eine Institutionalisierung im Dienste des Staates wäre für die Psychotherapie ohnehin schon ein unerhörtes Wagnis gewesen. Als Selbstgleichschaltung wurde sie im NS-Staat zur Niederlage. Denn dieser Prozeß muß unweigerlich mit der Verleugnung der Unmenschlichkeit der NS-Ideologie verbunden gewesen sein, möglicherweise sogar mit ihrer Billigung. Die Ausgrenzung der Juden aus Psychotherapie und Psychoanalyse ist mehr oder weniger widerstandslos hingenommen und sogar aktiv mitbetrieben worden. Die Übernahme der rassenpolitischen Sprache in die therapeutischen Ziele blieb nicht ein strategisches Manöver, sondern wurde zur Tat.

Wenn wir nach Schuld fragen, die die Psychotherapie und Psychoanalyse belastet, dann ist es die aktive Beteiligung an der Durchsetzung der unmenschlichen Gesetzgebung des NS-Staates - selbst wenn es nur wenige, wenn überhaupt jemand, gegeben haben mag, die damals den Irrsinn dieser krankhaften Politik mit der letzten Konsequenz des Völkermordes überschauten.

Wandlungen der Psychoanalyse

Diesem Vorwurf kann sich auch die Psychoanalyse nicht entziehen, bei der man aus mehreren Gründen eine besonders kritische Distanz zum NS-Staat hätte vermuten können:

- Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) war 1908 *von Juden* gegründet worden und verfügte über institutionelle Stabilität. Ihre leitenden Mitglieder waren 1933 überwiegend Juden und ein erheblicher Teil der Mitglieder bestand aus jüdischen Analytikerinnen und Analytikern.
- Sie war Teil einer internationalen Vereinigung, in der Juden ebenfalls eine maßgebliche Rolle spielten.
- Die Psychoanalyse galt aus der Sicht der Nationalsozialisten als "jüdische Wissenschaft"; Freuds Bücher wurden verbrannt. Tatsächlich bestand eine besondere Loyalität der nichtjüdischen Analytiker gegenüber den jüdischen Kollegen, die ihre Lehrer und Lehranalytiker gewesen waren.
- Die Psychoanalyse als emanzipatorische Wissenschaft hätte prädestiniert gewesen sein können, ihr sozialkritisches Potential zum Schutz gegen eigene Korruption und Erpreßbarkeit einzusetzen.

Aber die Geschichte der Psychoanalyse im Dritten Reich ging einen ganz anderen Weg: [2]

Bereits kurz nach der Machtübernahme durch Hitler wurden Freuds Werke 1933 in Berlin verbrannt. Es begann eine Debatte um die Vorstandsfunktionen der jüdischen Vorsitzenden der DPG. Freud selbst legte dem Vorsitzenden Eitingon den Rücktritt nahe, falls die Gesellschaft dadurch erhalten werden könnte. Ende 1933 ersetzten Felix Böhm und Carl Müller-Braunschweig die Juden Eitingon, Simmel und Fenichel als Vorsitzende. Noch im gleichen Jahr unterzeichnete Böhm ein Memorandum als Verhandlungsbasis der Psychoanalytiker mit Göring, ein Text, der wahrscheinlich von Müller-Braunschweig (1933) stammte und sich in einem von ihm verfaßten Artikel im *Reichswart* wiederfand: Die Psychoanalyse strebe an,

"... unfähige Weichlinge zu lebenstüchtigen Menschen (zu machen) ... liebesunfähige und egoistische Menschen zu liebes- und opferfähigen, am ganzen des Lebens Uninteressierte zu Dienern am Ganzen umzuformen. Dadurch leistet sie eine hervorragende Erziehungsarbeit und vermag den gerade jetzt neu herausgestellten Linien einer heroischen, realitätszugewandten, aufbauenden Lebens- und Weltauffassung wertvoll zu dienen" (S. 97).

---

[2] vgl. dazu Brecht et al. (1985) und Lockot (1985), denen die folgende Zusammenfassung zugrundeliegt

Einer der beiden Analytiker, die sich meines Wissens öffentlich mit dem Nationalsozialismus konfrontierten, war Wilhelm Reich. [3] Er wurde 1933 heimlich aus der DPG ausgeschlossen. 1934 verlor er die Mitgliedschaft in der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV). Die Vorgänge in Deutschland und die Haltung der IPV hatte Reich so kommentiert: "Man wird zwar geprügelt, bleibt aber vornehm dabei ... " (zit. n. Brainin u. Kaminer 1982, S. 993). Ebenfalls 1934 publizierte Schultz-Hencke, Freud-Kritiker seit 1927, Mitglied der DPG und Vorstandsmitglied der DAÄGP, seine erwähnte Arbeit über die Tüchtigkeit als Behandlungsziel:

"In der Psychotherapie bestimmen Wertgefühl, Wille, Blut, Leben das Ziel und nicht die Wissenschaft ... Ein Volk hat einen Anspruch darauf, daß auch die psychotherapeutischen Wertsetzungen der Gesamtheit der Werte eingeordnet werden (S. 85).

Auf dem IPV-Kongreß in Luzern 1934 verteidigte Jones als IPV-Präsident die Kompromisse der DPG und würdigte die Verdienste Boehms um die Psychoanalyse.

1935 verfaßte Müller-Braunschweig ein Manuskript "Psychoanalyse und Deutschtum" (s. Brecht et al. 1985, S. 167):

"Die deutschen Psychoanalytiker wünschen sich, daß ihnen die nationalsozialistische Regierung wohlwollend eine fruchtbare Fortsetzung ihrer wissenschaftlichen und therapeutischen Arbeit sichern möge. Sie wünschen sich das um so mehr, als seit dem nationalsozialistischen Regime für die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft im ganz anderen Umfang die Voraussetzungen dafür geschaffen waren, der Gesellschaft ein wirklich deutsches Gesicht geben zu können. ... Vor allem glauben wir, daß wir Wertvolles für das Ziel einer deutschen Psychotherapie beizusteuern vermögen ... ".

Im gleichen Jahr wurde Edith Jacobssohn in Berlin wegen der Unterstützung einer Widerstandsgruppe verhaftet. Als Reaktion beschloß die DPG, daß keine politisch aktiven Patienten mehr behandelt werden sollten (Jones an Anna Freud am 14.11.1935). Aus Angst vor einem Verbot betrieb der DPG-Vorstand den Austritt der jüdischen Mitglieder, unterstützt vom IPV-Präsidenten (Boehm 1935, zit. n. Brecht et al. 1985, S. 116-127). [4] Der formal "freiwillige" Austritt erfolgte im Dezember 1935. Damit war die DPG "arisiert".

1936 wurde das schon erwähnte "Göring-Institut", das spätere "Reichsinstitut" gegründet, um die "deutsche Psychotherapie" aufzubauen. Neben den Individualpsychologen und den Jungianern beteiligte sich die DPG. Der Vorstand

---

[3] der andere war E. Simmel
[4] vgl. dazu auch Nitzschke 1990, S. 20

stellte die Räume des Berliner DPG-Instituts zur Verfügung. Im gleichen Jahr deklarierte Göring Freuds "Methode" als "Allgemeingut aller Psychotherapeuten". Ein Austrittsbeschluß der DPG aus der IPV wurde unter Beteiligung von Jones und Göring rückgängig gemacht. Im selben Jahr wurde auf dem IPV-Kongreß in Marienbad die Mitwirkung der DPG am Göring-Institut sowie der sogenannte Austritt der Juden aus der DPG bekanntgegeben. Jones bezeichnete die Lage der DPG als "entlastet".

1938 wurde die DPG nach dem Einmarsch der Nazis in Österreich mit Zustimmung Freuds und der IPV als Treuhänderin der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung eingesetzt. Müller-Braunschweig plante im Internationalen Psychoanalytischen Verlag eine "Deutsche Zeitschrift für Psychoanalyse", die "auf dem Boden des Dritten Reiches steht" (Brecht et al. 1985, S. 134). 1938 löste die DPG sich als eigenständiger Verein zugunsten der Bildung einer "Arbeitsgruppe A" im Göring-Institut auf. Damit war der Prozeß der Selbstgleichschaltung vollendet.

Diese Chronik ist ein Dokument der Hilflosigkeit einer stolzen Wissenschaft und Organisation gegenüber den Verführungen der Mächtigen. Sie bezeugt einen grandiosen Irrtum, nämlich den, man könne sich mit einem menschenverachtenden Regime auf Zugeständnisse *in der Form* einlassen und damit die *Inhalte* retten. Wenigstens vordergründig waren die Zugeständnisse an den NS-Staat Versuche, einem Verbot zuvorzukommen, indem man sich von jenen Teilen trennte, die die Psychoanalyse in Gefahr zu bringen drohten: das waren die Juden und das war - personifiziert in Reich - die Sozialkritik. Was dem äußeren Selbstschutz dienen sollte, wurde in Wirklichkeit zur Amputation an der psychoanalytischen Identität. Die Trennung von den deutschen Juden in der psychoanalytischen Organisation führte zu einer Beschädigung des inneren leitenden Bildes der zurückbleibenden Psychoanalytiker, denn sie zerbrach stellvertretend ihre Beziehung zu Freud (Ermann 1989). Die Ausgrenzung der Sozialkritik aber schuf aus der Psychoanalyse ein Rudiment, das sich tatsächlich konfliktfrei in eine "deutsche Psychotherapie" einpassen konnte. Schultz-Henckes Neopsychoanalyse, sein Konzept der konstruktiven Aggression und des mittleren Menschen sind dafür beispielhaft.

War es das Ziel der DPG gewesen, durch ihre Kompromisse die Substanz der Psychoanalyse zu erhalten, und hatte die IPV sich aus eben diesem Grund hinter diese Politik gestellt und selbst Freud sie - zumindest anfangs - gutgeheißen, so hatten sie damit genau das Gegenteil erreicht, nämlich den Verlust identitätsbildender Werte und Überzeugungen und den Verlust eines Klimas, in dem Analyse möglich ist. Dazu schreibt Kamm, der als einziger Nichtjude 1935 die DPG verließ und emigrierte, in einem Rückblick:

"Wenn nun die Umwelt, in der Analyse unternommen werden soll, allzusehr der Strenge, der ursprünglich drohenden Umwelt nahe kommt - oder sie sogar übertrifft -, dann ist es für den armen Analysanden unmöglich, die befreiende Entdeckung zu machen, daß die ursprünglichen Drohungen ihre Macht verloren haben ... Ein Analytiker würde sich selbst und seinen Analysanden täuschen und gefährden, wenn er so tun würde, als wenn jetzt alles frei durchdacht und frei erörtert werden könnte ... Wer kann in einer solchen Umwelt beweisen, daß Gedanken nicht zu Taten führen?" (Brief an R. Lockot, zit. n. Brecht et al. 1985, S. 164).

Unter diesen Umständen als Analytiker weiterzumachen, war eine Verleugnung der Realität, als wäre nichts geschehen. Es war ein Festhalten an einer Realität, die es nicht mehr gab. Aber wahrscheinlich ermöglichte diese Derealisation (Dahmer 1990) es den Analytikern, das Aufgeben ihrer eigenen Identität scheinbar klaglos zu ertragen. Scheinbar war das der Ausweg aus der Wahrnehmung der eigenen Ohnmacht und Niederlage: die Derealisation in Form einer Aufspaltung von außen und innen, Handlung und Denken, Institution und Inhalt. "Die Geschichte der Psychoanalyse im Dritten Reich lehrt," so kommentiert Nitzschke (1990, S. 33), "daß man zerstört, was man 'retten' will, wenn man die Dialektik ignoriert, die zwischen Innerem und Äußerem besteht."

Die Erkenntnis eben dieser Dialektik zwischen innen und außen und die mutige Radikalität ihrer Anwendung auf den einzelnen und auf die Gesellschaft ist ein Kern der Psychoanalyse. Ihn aufzugeben ist ein identitätszerstörender Akt und bewirkt einen Kreis ohne Ende: Die Kompromisse mit dem NS-Staat sind eine *Ursache* für den Verlust der Selbstschätzung und der Werte der Psychoanalyse, aber sie sind bereits auch die *Folge* einer vorangegangenen Derealisierung, die die Motive der eigenen Institutionalisierung aus der Analyse aussparte.

Die organisierten Analytiker haben den Gewinn und Erhalt ihres Einflusses über die Analyse der Machtstrukturen gestellt, die sie zu diesem Zwecke schufen. Dazu mußten sie das sozialkritische Potential in ihren Reihen isolieren, sobald es sich auf die eigene Institution richtete, und es ausgrenzen, als sie es am meisten gebraucht hätten.

Wilhelm Reich wurde ausgeschlossen, weil er eine *potentielle* Gefahr im Hinblick auf die Nazis war, aber eine *reale* für die Anpassungspolitik der psychoanalytischen Bewegung. Vor diesem Hintergrund ist es zu verstehen, daß die IPV die Kompromisse mit den Nazis widerspruchslos hinnahm, die sich offen gegen die Juden in den eigenen Reihen und gegen Grundwerte der psychoanalytischen Wissenschaft richteten.

Ausblick

In die Identität der Psychotherapie und Psychoanalyse *nach* dem Nationalsozialismus ist die psychoanalytische Sozialkritik noch nicht wieder selbstverständlich eingeschmolzen worden. Darin besteht ein nachhaltiger Wandel, den diese Wissenschaft im NS-Staat vollzogen hat - ein Wandel als Verlust. Aber viel tiefgehender ist der Wandel durch den Verlust der moralischen Integrität, den die Psychoanalytiker und Psychotherapeuten ihrem Beruf durch die Beteiligung an der Rassenpolitik des NS-Staates zugefügt haben, durch den Loyalitätsbruch gegenüber den Juden in ihren Gruppierungen und durch die Verleugnung der politischen Ziele, die sie unterstützten. Er hat die Unbefangenheit zerstört, die erforderlich ist, um die gesellschaftliche Situation zu analysieren, in der und von der Psychoanalytiker und Psychotherapeuten stets leben.

Wir heutigen Psychoanalytiker leben in der Bundesrepublik in weitgehender politischer Sicherheit; die meisten von uns Jüngeren können die Angst angesichts von politischer Gewalt kaum ermessen, geschweige denn verurteilen, die die Entwicklungen im Dritten Reich beherrscht hat. Das Versagen im NS-Staat kann deshalb nur eine Aufforderung sein, sich auf die Geschichte einzulassen und zu erkunden, wo wir uns und unsere Situation in den Ereignissen von damals wiederfinden. Die Nachkriegsgeschichte der Psychoanalyse hat eindringlich gezeigt, daß die Abwälzung der Mitverantwortung auf andere die unerträglichen Gefühle der Schuld und der Beschämung zwar abkapselt, aber nicht aufzulösen vermag (Beland 1987; Ermann 1988). Die Voraussetzung für Veränderungen ist vielmehr, die Vergangenheit als eigene Geschichte anzuerkennen, zu erkunden, wo das damalige Versagen lag (Dahmer 1990), und welche individuellen und kollektiven Motive und Prozesse die moralische Niederlage und das Schuldigwerden herbeigeführt haben. Dieses rückblickende stellvertretende Durcharbeiten kann strukturelle Ähnlichkeiten mit der heutigen Situation bewußter machen, aber auch das Vermögen fördern, die Unterschiede wahrzunehmen und anzuerkennen, die heute gegenüber damals bestehen.

Dabei zeigt sich, daß das hervorragendste Motiv, Überzeugungen und Loyalitäten aufzugeben, um Einfluß zu bewahren, und Zukunftssicherung um den Preis von beruflichen und persönlichen Werten zu betreiben, ein zeitloses ist, das Psychoanalytiker und Psychotherapeuten auch nach dem Nationalsozialismus angeht. Die Emigranten haben sich in den USA angepaßt und das kritische Potential der Psychoanalyse verleugnet und in Geheimzirkeln gepflegt (Jacobi 1983). Die Psychoanalytiker, die nach dem Kriege in Deutschland die Psychoanalyse erneuerten, haben nur sehr zögernd an ihre sozialkritische Tradition wieder angeknüpft. Um die Beteiligung an der Kassenversorgung zu sichern, haben wir in der Bundesrepublik die sogenannten Laien von der Psychotherapie und Psychoanalyse

ausgeschlossen. Wir vollziehen in unseren Ausbildungsrichtlinien sprachliche und formale Anpassungsbewegungen, um mit den öffentlichen Regelungen konform zu sein. Es sind ja nur Begriffe, die wir ändern, Modalitäten, die wir übernehmen! Doch wie sicher wissen wir, wo wir die Grenzen überschreiten, die unsere Identität verändern?

Literatur

Beland H (1987) Wie verstehen Sie sich selbst? DPV-Informationen Nr 2: 9-14

Brainin E, Kaminer IJ (1982) Psychoanalyse und Nationalsozialismus. Psyche 36 : 989-1021

Brecht K, Friedrich V, Hermanns LM, Kaminer IJ, Juelich DH (Hrsg) (1985) Hier geht das Leben auf merkwürdige Weise weiter. Kellner, Hamburg

Brockhaus G (1987) "Seelenführung, aus den Mächten des Blutes gespeist". Psychotherapie und Nationalsozialismus. Unveröffentlichtes Manuskript, München

Cocks G (1983) Psychoanalyse, Psychotherapie und Nationalsozialismus. Psyche 37 : 1057-1106

Cocks G (1985) Psychoanalyse und Psychotherapie im Dritten Reich. In: Rudolf G, Rüger U, Studt HH (Hrsg) Psychoanalyse der Gegenwart. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Dahmer H (1990) Derealisierung und Wiederholung. Psyche 44 : 133-143

Ermann M (1988) Unbewußte Phantasien in der Nachkriegsgeschichte der deutschen Psychoanalyse. In: Wertmann V (Hrsg) Die unbewußte Phantasie. Pfeiffer, München

Ermann M (1989) Freud, unsere Vergangenheit und Gegenwart. Forum Psychoanal 5 : 177-189

Freud S (1919) Wege der psychoanalytischen Therapie. GW Bd 12. Fischer, Frankfurt aM (1966 ff.)

Freud S (1939) Der Mann Moses und die monotheistische Religion. GW Bd 16

Göring MH (1934) Einführung zur "Deutschen Seelenheilkunde". Zentralbl Psychother 7

Jacoby R (1983) Die Verdrängung der Psychoanalyse oder Triumph des Konformismus. Fischer, Frankfurt aM (1985)

Lockot R (1985) Erinnern und Durcharbeiten. Fischer Tb, Frankfurt aM

Müller-Braunschweig C (1933) Psychoanalyse und Weltanschauung. Reichswart, 22.10.1933

Nitzschke B (1990) Psychoanalyse als "un"- politische Wissenschaft. Texte 10 : 1-39

Schulte-Lippern S (1990) Harald Schultz-Hencke - Psychoanalytiker in Deutschland. Forum Psychoanal 6 : 52-69

Schultz-Hencke H (1934) Die Tüchtigkeit als psychotherapeutisches Ziel. Zentralbl Psychother 7 : 84-97

Schultz-Hencke H (1947) Der gehemmte Mensch, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart New York

Persönliche Veränderung als Voraussetzung für Psychotherapie

Johannes Cremerius

Ideen muß man untersuchen
in Richtung auf den Kopf, der
sie nötig hat.
F. Nietzsche

Das Thema meint, daß der Analytiker, um seinen Beruf ausüben zu können, durch einen Prozeß der Veränderung gegangen sein müsse. Persönlichkeitsveränderung ist also die Voraussetzung zur Berufseignung. Das Mittel, um eine solche zu erreichen, ist ebenso einmalig wie die Forderung selbst: Er solle sich einem Selbstversuch unterziehen, bei dem es zu Veränderungen in seinem psychischen System kommen solle. So verändert - nach dieser "psychoanalytischen Purifizierung", - wie Freud es 1912 nennt (1912e, S. 382) - sei er dann in der Lage, die besonderen Schwierigkeiten dieses Berufes zu meistern.

Warum dieser Selbstversuch? Keiner der anderen Berufe, die mit dem Menschen zu tun haben - der des Erziehers, des Seelsorgers, des Richters, des Arztes - verlangt einen solchen. Ihnen genügt die Ausbildung in der Sache und deren Beherrschung, geprüft am Ende durch Examina. Sie nehmen in Kauf, daß einige Kandidaten später in ihrem Beruf seelische Schwierigkeiten und Charakterprobleme haben, vielleicht sogar einige daran scheitern werden.

Warum darf der zukünftige Analytiker nicht dasselbe Risiko für sich beanspruchen? Freuds Antwort auf diese Frage war, das Risiko für beide, Analysand wie Analytiker sei zu groß, weil die Arbeit in den dunklen Bereichen des Seelischen, dem Unbewußten, durchgeführt werde. Um hier nicht in Schwierigkeiten zu geraten, sich nicht zu verstricken, müsse er sein eigenes Unbewußtes kennen. Anfänglich glaubte Freud, es würde genügen, wenn der zukünftige Analytiker dieselbe Erfahrung gemacht habe, wie er selbst: nämlich durch Analyse der eigenen Träume Einblick in das eigene Unbewußte zu gewinnen. Mit dieser Vorstellung führte er ab 1905 die ersten Analysen seiner Schüler durch. Anhand ihrer Träume, die er aktiv deutete, erklärte er ihnen die psychoanalytische Theorie. Wir sprechen von peripathetischen Analysen, weil sie oft während gemeinsamer Spaziergänge durchgeführt wurden.

"Selbstanalyse" - Erfahrung am eigenen Leibe

1912 endet diese ausschließlich didaktische Form der Ausbildung und wird durch eine "Selbstanalyse" bei einem erfahrenen Analytiker ersetzt (Freud 1912e, S. 382). Freud hatte erkannt, daß die bloße intellektuelle Unterrichtung durch Selbsterfahrung "am eigenen Leibe" (a.a.O., S. 338) erweitert werden müsse (vgl. auch Freud 1926e, S. 284). Sie würde tiefere Einsichten in das "Verborgene der eigenen Person" vermitteln und zugleich die Überzeugung von der Realität des Unbewußten (a.a.O.). Der Lehr-Effekt dieses Prozesses steht ganz im Vordergrund: der Lernende solle, so Freud, die von der psychoanalytischen Theorie behaupteten Vorgänge der Verdrängung, der Abwehr, der Übertragung, des Widerstandes etc. an sich selbst erfahren (Freud 1926e, S. 226; 1937c, S. 95). Damit verbunden böte die Selbstanalyse eine optimale Lernsituation: der Kandidat könne von seinem Lehrer die feinere psychoanalytische Technik abschauen (Freud 1916/17, S.12). Doch der Prozeß der Selbsterkundigung ist unmittelbar mit einer therapeutisch-technischen Zielvorstellung verbunden: nur dann, wenn der Analytiker eine subtile Kenntnis von seinem eigenen Unbewußten habe, könne er das Unbewußte des Patienten erkennen und verstehen. Denn das Instrument der Wahrnehmung sei eben dieses, sein eigenes Unbewußtes. Freud verdeutlicht seine Auffassung am Receiver-Beispiel des Telefons: Der Analytiker solle "dem gebenden Unbewußten des Kranken sein eigenes Unbewußtes als empfangendes Organ zuwenden, sich auf den Analysierten einstellen, wie der Receiver des Telefons zum Teller eingestellt sei. Wie der Receiver die von Schallwellen angeregten elektrischen Schwankungen der Leitung wieder in Schallwellen verwandle, so solle das Unbewußte des Arztes befähigt sein, aus ihm mitgeteilten Abkömmlingen des Unbewußten dieses Unbewußte wieder herzustellen" (Freud 1912e, S. 383). Zugleich warnt er den zukünftigen Analytiker vor der Gefahr, die entstehen könne, wenn er sein Unbewußtes nicht hinreichend geklärt habe. Wie blinde Flecke im Auge würden fortbestehende unbewußte Verdrängungen und Komplexe ihm ein falsches Bild seines Patienten vermitteln. Zu diesem Schaden für den Patienten könne noch ein anderer hinzukommen. Der Analytiker könnte das, "was er in dumpfer Selbstwahrnehmung von den Eigentümlichkeiten seiner eigenen Person erkannt, als allgemein gültige Theorie in die Wissenschaft projizieren" (1912e, S. 383) und, so fahre ich fort, folgerichtig diese Theorie, d.h., seine selbstgebastelte Privatphilosophie, seinem Patienten überstülpen.

Der Schadensfall, von dem Freud hier spricht, erhielt durch einen aktuellen Anlaß eine vorrangige Bedeutung. Jung beichtete Freud, daß es mit seiner l9jährigen Patientin, Sabina Spielrein, zu einer Liebesaffäre gekommen sei. Die Geschichte drohte zu einem öffentlichen Skandal zu werden, und Freud befürchtete das Schlimmste für die gerade in Nürnberg 1910 gegründete "Psychoanalytische

Bewegung", deren Leiter, ein offizieller "Psychiater und Nicht-Jude", beides war C. G. Jung, sein sollte (Cremerius 1986). Dies mag Freud veranlaßt haben, gerade zu diesem Zeitpunkt die persönliche Analyse des Analytikers ernsthaft zu fordern (Freud 1912e, S. 383).

Es wird deutlich, daß die Berufsvorbereitung das entscheidende Motiv für die Einführung der persönlichen Analyse war. Aus diesem Grunde durfte sie kurz sein (Freud 1937c, S. 94). Eine tiefgreifende analytische Behandlung des Kandidaten war nicht vorgesehen. Freud stellte sich vor, daß der Analytiker in seiner Analyse die Methode der Analyse erlernen und zukünftig in der Lage sein solle, mit ihr weiterzuarbeiten und seine persönliche Analyse selbständig fortzusetzen. Er ging von der Vorstellung aus, daß die den Beruf vorbereitende Eigenanalyse kein einmaliges Ereignis sein dürfe, daß der Analytiker sie vielmehr in einem Prozeß der fortgesetzten Selbstreflektion und "Ich-Umarbeitung" fortführen müsse. Diese Idee legte er 1937 in einer Schrift mit dem programmatischen Titel *Die endliche und die unendliche Analyse* (1937c) nieder.

Die unmittelbar kurative Absicht der persönlichen Analyse war also zunächst gering. Der kurative Effekt wurde, gemäß der psychoanalytischen Einsichtstheorie als etwas postuliert, das sich im Gefolge der Bewußtmachung des Unbewußten und der Durcharbeitung der Abwehrmechanismen von selbst einstellen würde.

Die Lehranalyse bei Freud

Freud ist bis zu seinem Lebensende bei diesem Konzept der kurzen Eigenanalyse geblieben. Seine "Lehranalysen" - 1926 benutzt er diesen am Berliner Psychoanalytischen Institut von Eitingon geprägten Begriff erstmalig (1926e, S. 284) - dauerten ein halbes bis ein Jahr. Das bedeutet bei 6 Behandlungen pro Woche, daß sie etwa 140 bis 280 Stunden umfaßten (Cremerius 1981). Einer der Gründe für diese Kürze war sein Konzept, daß Analyse grundsätzlich kein einmaliges, begrenztes und endgültiges Ereignis sein könne, daß es nicht möglich sei, in einer einmaligen Analyse alle Konflikte zu bearbeiten, das Unbewußte bis auf den Grund zu erforschen. Eigenanalyse sei etwas, das immer wieder notwendig werden müsse. So z.B. in einer anderen Lebensphase, unter dem Druck belastender äußerer Umstände, und, jetzt folgt ein berufsspezifisches Argument dafür, unter der täglichen Einwirkung von unbewußten Kräften, die - Freud benutzt den Vergleich mit der Schädigung durch Röntgenstrahlen - auf den Therapeuten einwirken würden. "Es wäre nicht zu verwundern", stellt er fest, "wenn durch die unausgesetzte Beschäftigung mit all dem Verdrängten, was in der menschlichen Seele nach Befreiung ringt, auch beim

Analytiker alle jene Triebansprüche wachgerüttelt würden, die er sonst in der Unterdrückung erhalten kann" (Freud 1937c, S. 95). Aus diesem Konzept und aus der Tatsache der besonderen Gefährdung des praktizierenden Therapeuten erwuchs Freuds Vorschlag der Re-Analyse. Gemeint ist, daß jeder Analytiker sich periodisch, etwa nach Verlauf von je 5 Jahren, wieder zum Objekt der Analyse durch einen erfahrenen Analytiker machen solle (a. a. O., S. 96).

Schon zu Freuds Lebzeiten ist die Frage, wie tief die Lehranalyse sein müsse, um die gewünschten Veränderungen im Lernenden zu erzielen, kontrovers diskutiert worden. Während Freud glaubte, es genüge ein relativ kurzer Zeitraum, plädierte Ferenczi dafür, daß sie keine Lehr-Analyse sein dürfe, sondern eine regelrechte therapeutische Analyse sein müsse, in jedem Falle länger und tiefer als die von Patienten (Ferenczi 1928, S.437). Es ist nicht zufällig, daß diese Anregung von Ferenczi ausging. Sie ergab sich aus seiner pathoätiologischen Theorie, derzufolge präödipale-prägenitale Störungen wesentlich an der Entstehung der Neurosen beteiligt seien. Frühe Störung mit schwerer Störung gleichsetzend, meinte er, daß sie nur durch Aufarbeitung derselben behoben werden könnte, und das impliziere eine hochfrequente Langzeitanalyse. Dieses Argument benutzen heute noch alle jene Schulen, die von der Theorie der frühen Störung und des Defektes ausgehen.

Am Ende seines Lebens mußte Freud erkennen, daß das Ergebnis dieser Lehranalysen sehr bescheiden war: Die Analysierten erwiesen sich als "von der Analyse wenig veränderter Menschenstoff", die die Forderung, ein "höheres Maß von seelischer Normalität und Korrektheit erreicht zu haben", nicht erfüllten, schrieb er 1935 an Lou Andreas-Salomé (Freud u. Andreas-Salomé 1966, S. 222). Der geringe Effekt der Lehranalysen spiegelte sich natürlich auch im Zustand der psychoanalytischen Gemeinschaft wider: Spaltungs- und Abfallbewegungen, Diadochen- und Rivalitätskämpfe, religiöse Sektenbildung mit Verfolgung und Unterdrückung Andersdenkender beherrschten die Szene und drohten Freuds Lebenswerk zu zerstören. Freuds Antidot zur Behebung dieses negativen Effektes, der Vorschlag der Re-Analyse, zeigte ebenfalls wenig Wirkung. Nur wenige Analytiker befolgten seinen Rat. Statt dessen gewann die Vorstellung an Boden, die Ursache der schlechten Resultate läge in der Kürze der Analysen. Je länger, je tiefer, desto besser, wurde die Parole. Unter dem wachsenden Einfluß der Theorie der frühen Störung glaubte man die Ursache darin gefunden zu haben, daß die Pathologie des ersten Lebensjahres nicht bearbeitet sei. Eine fortschreitende Verlängerung der Lehranalysen nach dem 2. Weltkrieg war die Folge: Heute umfassen sie je nach Schulrichtung 1000 bis 2000 Stunden, einen Lebensraum von 7 bis 10 Jahren.

Wie die Zustände in den psychoanalytischen Gemeinschaften jener Länder, wo man bereits seit Jahrzehnten derart lange Lehranalysen macht, beweisen, ist die Verlängerung nicht der Stein der Weisen, löst auch sie das Problem der geringen Effizienz nicht.

Die Entfremdung der Lehranalyse

Der Kern des Problems ist nicht die Länge und Tiefe, der Kern liegt in der Überfrachtung der Lehranalyse mit ihr fremden Aufgaben, ihrer Verwendung zu sachfremden Zwecken, so z.B. zur Berufseignung und zur Indoktrination. Auf diese Weise verliert sie ihre essentielle analytische Funktion, kann dementsprechend die ihr zugewiesenen Aufgaben, gute Veränderungen im Lernenden zu bewirken, nicht erfüllen. Berufseignungsprüfung und Indoktrination heben das Prinzip der Lehranalyse grundsätzlich auf.

Freud selbst, dem wir auf dem Gebiet der persönlichen Analyse des zukünftigen Analytikers so wesentliche Einsichten verdanken, war es, der sie zur Berufseignungsprüfung und zur Indoktrinationsmethode umfunktionierte. 1926 erklärt er die Eignungsbeurteilung "zum hauptsächlichen Zweck" der Lehranalyse. Und um die Wichtigkeit dieses Aspektes gebührend hervorzuheben, wiederholt er ihn noch einmal 1937 in seinem sog. Testament. Hier heißt es, die Lehranalyse solle dem Lehrer ein Urteil ermöglichen, ob der Kandidat zur weiteren Ausbildung zugelassen werden könne (Freud 1937c, S. 94f.). Die unmittelbare Folge von Freuds Vorschlag war die Einführung des reporting systems am Berliner Psychoanalytischen Institut, von wo es sich, vor allem nach 1933, in den meisten analytischen Ausbildungsinstituten, insbesondere in den USA, radikal fortsetzte. Jetzt war der Lehranalysand grundsätzlich jedweder Indiskretion ausgeliefert. Auch hier geht Freud mit schlechtem Beispiel voran. Am 11. Oktober 1924 schreibt er an Paul Federn: Falls der Lehranalytiker in der Analyse erfährt, daß der Kandidat einen "unheilbaren Fehler" hat, welcher gerade seine Aufnahme in die Vereinigung unratsam erscheinen läßt, dann hat die Pflicht der Diskretion (dem Kandidaten gegenüber) gegen die Verpflichtung, die Sache (das ist die Vereinigung) nicht zu schädigen, zurückzutreten" (Federn 1972, S. 29).

Auch bei der Entfremdung der Lehranalyse zur Indoktrinationsmethode ist es Freud, der die Weichen stellt. Unter dem Druck des desolaten Zustandes der Psychoanalytischen Bewegung nach dem 1. Weltkrieg, wie seiner wachsenden Angst vor der Vergänglichkeit seines Lebenswerkes, bedroht von der Krebserkrankung, opfert er eine seiner wesentlichen Maximen: Der Analytiker dürfe den Analysanden nicht zu seinem "Leibgut" machen, dürfe ihn nicht zur Ähnlichkeit mit sich erziehen, sondern zur Befreiung und Vollendung seines Wesens (Freud l919a, S. 190), und verkehrt sie ins Gegenteil. Die wesentliche Aufgabe der Lehranalyse ist es jetzt, dem Analysanden die psychoanalytische Theorie zu vermitteln, aus ihm, wie Balint sagt, einen Proselyten zu machen (Balint 1947, S. 326). Und damit es ja die reine Lehre ist, die weitergegeben wird, entschließt sich Freud selbst, diese Aufgabe zu übernehmen.

Er wird zum ersten Berufslehranalytiker. Er fordert, daß die zukünftigen Repräsentanten der Psychoanalyse in allen Ländern von ihm selbst analysiert sein sollten, damit sie als "Ortsgruppenleiter" seine Lehre treu und redlich vertreten könnten. Ferenczi, der getreue Paladin, machte diese Absicht Freuds unmißverständlich deutlich. Er stellt fest: Ein Gegenmittel gegen Häresie und Abfalltendenzen sei, daß man in den verschiedenen Zentren Männer sitzen hätte, die von Freud persönlich sehr gründlich analysiert worden seien (vgl. Jones 1955, S. 186). Und Hanns Sachs bringt Freuds Idee auf den Begriff: Die Psychoanalyse brauche etwas, was dem Noviziat der Kirche entspräche (Sachs 1930, S. 53). Wie in einer Glaubensgemeinschaft sollte die vom Gründungsvater weitergegebene Doktrin für alle und alle Zeiten verbindlich sein (Freud 1926e, S. 250).

In diesen indoktrinativen Lehranalysen verfremdet Freud auch das Prinzip der Identifizierung. Als während der Analyse erwünscht, soll sie jetzt nach Beendigung derselben fortbestehen. Freud wünscht sich dies erstmalig l912 in der kritischen Situation, in der Jung, Stekel und Adler die psychoanalytische Bewegung verlassen: "Endlich", schreibt er, "ist auch der Gewinn aus der dauernden seelischen Beziehung nicht gering anzuschlagen, die sich zwischen dem Analysanden und seinem Einführenden herzustellen pflegt" (Freud 1912e, S. 383). Viele seiner Schüler schließen sich diesem Gedanken an. Es taucht das Ideal der "Elite", eines "Ordens" auf, in dem sich alle Analytiker Freudscher Schule vereinigen sollen (Cremerius 1986). Selbst Anna Freud, die 1938 eine so radikale Kritik an der Lehranalyse geübt hatte, lobt jetzt, 36 Jahre später, das Persistieren einer idealisierenden Übertragung zum Lehranalytiker nach Abschluß der Analyse, weil damit die Begeisterung für Psychoanalyse verbunden sei (A. Freud 1976). Hier wird die politische Tendenz unverblümt dargelegt: Nicht Liebe selbst, die eigene Liebe zur Sache ist gemeint, sondern die Liebe aus einer persistierenden Identifikation.

Welchen Einfluß hat nun die mit sachfremden Aufgaben überfrachtete Lehranalyse auf Freuds Maxime, der zukünftige Analytiker müsse durch einen Prozeß der Veränderung gehen, an dessen Ende mehr Autonomie, mehr Freiheit, mehr Unabhängigkeit von infantilen Bindungen und Ängsten stehen solle? Der Mißbrauch der Lehranalyse als Eignungsprüfung macht die Erreichung dieser Ziele im Prinzip unmöglich. Sie zerstört den intimen Raum einer vertrauensvollen Zusammenarbeit. Die Doppelfunktion des Analytikers als Therapeut und Beurteiler löst Ängste aus, die *realen* Charakter haben. Der Lehranalytiker besitzt Sanktionsgewalt. Von ihm hängt der Zugang zum Beruf ab. Den Schaden, den der Analysand an seinem geforderten Veränderungsprozeß erleidet, ist groß. Würde er sich vorbehaltlos und vertrauensvoll eröffnen, sich tiefen Regressionen überlassen und frühe Störungsanteile mitteilen, würde er einer unkontrollierten Übertragung den Lauf lassen und den Analytiker mit frühen libidinösen und destruktiven Impulsen bedrängen, müßte er befürchten, daß der Analytiker in seine Ausbildung eingriffe. Um dies zu verhindern, lernt er zu zensurieren, auszuwählen, zu ver-

schleiern und vor allem feindselige Impulse abzuspalten. D.h., er muß anstatt Abwehr- und Anpassungsmechanismen abzubauen, diese verstärken, evtl. sogar neue einführen. Er wird also um die Früchte einer guten Eigenanalyse gebracht. Wie groß die Angst in der Lehranalyse ist belegt das Verhalten der Kandidaten. Bis vor wenigen Jahren ertrugen sie leise murrend, aber schweigend - ein Ausbildungssystem, das sie von allen Entscheidungen ausschloß, in dem sie ohne einen existierenden Beschwerdeausschuß jedweder Willkür ausgesetzt waren. Wie gering das emanzipatorische Potential ist, das durch die Analyse eigentlich freigelegt werden sollte, belegen die wenigen Publikationen von Kandidaten und Analytikern nach Abschluß ihrer Ausbildung, in denen sie ihre Ängste, erlittenen Demütigungen, angetanes Unrecht und erfahrene Entmündigung mitteilen.

Wie viele Kollegen ihre Lehranalyse unbefriedigt beenden, belegt die große Zahl derer, die nach Abschluß derselben eine Zweitanalyse beginnen. Das scheint nicht neu zu sein. Anna Freud, den schlimmen Ausgang der Lehranalyse beklagend, weist bereits 1976 darauf hin, daß viele Kollegen, ihre Lehranalyse als Pseudoanalyse bezeichnend, nach deren Beendigung eine "eigene, echte" Analyse bei einem Analytiker ihrer Wahl beginnen (A. Freud 1976).

Es müssen sehr unbewußte, sehr abgründige Gründe sein, die verhindern, daß das seit 50 Jahren von namhaften Analytikern kritisierte Ausbildungssystem im wesentlichen unverändert fortbesteht. Mit Parin und Parin-Matthéy teile ich die Auffassung, daß es sich hier um einen "statuarisch legitimierten Machtmißbrauch" handelt (Parin und Parin-Matthéy 1983), der nicht behoben wird, weil es zum Wesen von Initiationsriten, wie Balint die Lehranalyse nennt, gehört, der Erhaltung der Macht zu dienen. Kritiker werden zu Feinden erklärt - auch wenn sie Anna Freud heißen - und ihre Kritik unterdrückt. Ihre, Anna Freuds, Kritik an der Lehranalyse, 1938 erstmalig in Paris formuliert, wurde, sehen wir von der Veröffentlichung in einer israelischen Zeitschrift 1950, die außerhalb Israels kaum gelesen wurde, ab, bis 1968 in keinem der namhaften psychoanalytischen Journale publiziert. Sie selbst mußte dies besorgen: Sie nahm den Text in ihre 1968 erscheinenden gesammelten Schriften auf. Aber auch danach ist der Text kaum rezipiert worden.

Ich komme jetzt zum Schaden für den Analysanden durch theoretische Einflußnahme, die Indoktrination im Extremfall. Einflußnahmen in vielerlei Form, so z.B. über die psychoanalytische Theorie oder über die Privatphilosophie des Analytikers, sind unvermeidbar. Den reinen Spiegelanalytiker hat es nie gegeben. In den Lehranalysen aber gewinnt dieser Faktor dadurch an Bedeutung, daß der Lehranalytiker als Funktionsträger der Institution Nachwuchs im Sinne ihrer Zielvorstellungen ausbilden soll. Wie das Beispiel des Londoner Psychoanalytischen Institutes, wo es drei Schulen unter einem Dach gibt, zeigt, funktioniert die indoktrinative Methode: Die Analysanden des jeweiligen Lehranalytikers treten in der Regel seiner Schule bei. Aber der Lehranalytiker hat

auch persönliche Gründe, Einfluß auf seinen Analysanden zu nehmen: Als Lehrer wünscht er sich Schüler. Nicht übersehen sollte man auch, daß er in einem komplizierten Feld von Rivalitäten unter den Lehranalytikern am Ort steht.

Die Lehranalyse als persistierende Ödipussituation

Gehen wir von Freuds Theorie aus, daß der Ödipuskomplex der Kernkomplex der Neurose ist, dessen Aufarbeitung Freiheit von infantilen Ängsten, Abhängigkeiten, Bindungen etc. bedeutet, so kommt der Kandidat in der Lehranalyse gerade nicht in den Besitz dieses wichtigen Teiles des analytischen Veränderungsprozesses. Und zwar deshalb nicht, weil er *real* abhängig ist: Der Lehranalytiker kann die Ausbildung stoppen, im Ernstfalle beenden, Auflagen machen etc. In dieser Zwangs1age, aus der sich der Kandidat nur durch Anpassung oder Abbruch der Lehranalyse retten kann, kann die ödipale Thematik nicht aufgearbeitet werden. Die Ödipussituation wird in der Lehranalyse als Teil der Ausbildung reproduziert. Diese begrenzte Wirkung der Lehranalyse ist in den letzten Jahren noch mehr begrenzt worden. Seitdem die Lehranalysen 1000 und mehr Stunden dauern, nimmt die durch die Verlängerung bedingte "Sekundärpathologie" (Petri 1985, S. 489) immer mehr zu. Schädigt die Lehranalyse den Kandidaten durch ihre Doppelfunktion unmittelbar, schädigt sie ihn durch die heute übliche Dauer mittelbar, indem sie zusätzliche Schädigungen setzt: Es entstehen schwer auflösbare infantile Einstellungen und schwer auflösbare Übertragungsbindungen (A. Freud 1968, S. 1410). Um diese Bindungen zu erhalten, um sich vor Veränderungen zu schützen, bilden die Kandidaten clanartige Gebilde um ihren Lehranalytiker, die Balint ironisch "Abstammungsgruppen" genannt hat (Balint 1947, S. 317). Hier isolieren sie sich und haben oft nur noch die Funktion von body-guards für den Meister. Wie sehr auch dieser selbst ein Gefangener des von ihm geschaffenen Systems ist, belegt die Tatsache, daß er es nicht als persistierende Ödipussituation erkennt. Unreflektiert sprechen manche von ihnen von ihren Analysanden als von ihren Kindern.

Die persönliche Analyse

Da die Lehranalyse als Teil der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Ausbildung ihr Ziel, persönliche Veränderungen herbeizuführen, nicht erreicht, ja,

aus prinzipiellen Gründen nicht erreichen kann, ja aus eben diesen prinzipiellen Gründen sogar einen gegenteiligen Effekt bewirkt, nämlich Schädigungen setzt, sollte sie durch eine Art der Vorbereitung ersetzt werden, welche das erwünschte Ziel erreichen kann und nicht jene Schäden bewirkt, die im System selbst liegen. Das Verfahren, das dies leisten kann, ist die persönliche Analyse vor Beginn der Ausbildung und außerhalb sowie unabhängig von ihr. Nur so ist der intime Raum gewährleistet, in dem nichts anderes geschieht, als die stille analytische Arbeit. Das ist noch problematisch genug, weil die Sache selbst, die Arbeit im Feld von Übertragung und Gegenübertragung, schwierig genug ist, weil es den neutralen, objektiven, nur spiegelnden Analytiker nicht gibt - und nie gegeben hat. Er war immer schon eine Fiktion. Immer verstrickt sich der Analytiker aufs neue in diesem Feld und muß sich dekonfliktualisieren. Aber der Vorteil des Analytikers, der die persönliche Analyse durchführt, ist, daß er nur *eine* Aufgabe zu erfüllen hat, er muß nicht gleichzeitig beurteilen, kontrollieren und die Ausbildungsziele einer Institution, in deren Rahmen die Lehranalyse stattfindet, verwirklichen. Nicht zu vergessen ist, daß auch er sich in der Lehranalyse innerhalb der Institution beobachtet, kontrolliert und beurteilt fühlt.

Ein anderer Vorteil der persönlichen Analyse ist der, daß der Analytiker keine Vorschriften, wie z.B. die, daß die Analyse mit 4 Wochenstunden durchgeführt werden muß, zu erfüllen hat. So kann die Analyse den immanenten Gesetzen des analytischen Prozesses folgen, sich an denselben orientieren. Ein weiterer Vorteil ist der, daß beide, Analysand wie Analytiker, nicht dem Druck der Institution unterliegen, eine Analyse sei erst dann eine gute Analyse, wenn sie 1000 oder mehr Stunden dauere.

Die psychoanalytischen Ausbildungsinstitute, die den Anspruch auf eine totale Analyse, was Dauer und Tiefe betrifft, erheben, sind es auch, die diesen Anspruch wieder aufheben, indem sie die Lehranalyse entfremden. So z.B. dadurch, daß sie sie zu einer Reise mit einem bekannten Ziel machen (Rus 1988).

Der Analysand will ein Berufsziel erreichen und davon wird er sich, je länger die Analyse dauert, nicht abbringen lassen. Hier spielen auch ökonomische Motive mit, weil jedes Jahr, welches die Analyse länger dauert, die bereits geleistete Investition vergrößert.

Wird die Analyse eine Reise mit einem bekannten Ziel, kann sie ihre eigentliche Absicht, nämlich die Begegnung mit dem Unbekannten, das Abenteuer der Suche nach dem eigenen Selbst, nicht erfüllen. Die persönliche Analyse des zukünftigen Analytikers aber beginnt ohne eine Zusage. Da das Ziel nicht als bekannt vorausgesetzt wird, ist ihre Chance größer, den Analysanden auf fremde, unbekannte Wege zu führen.

Dies erfordert nicht unbedingt und in jedem Falle 7 bis 10 Jahre. Die Erfahrungen vieler Analytiker bezeugen, daß dies auch in kürzeren Zeiträumen möglich ist. Ich sehe in den unendlichen Analysen die Gefahr, daß der zukünftige

Analytiker mit einer infantilen Größenidee aus ihr hervorgeht, daß er also die infantilen Größenideen, statt sie durchzuarbeiten und zu ermäßigen, auf die Analyse verschiebt. Vom Über-Ich her gesehen heißt das, daß er das rigide, triebfeindliche Über-Ich zum analytischen Über-Ich umbaut. Wenn an dieser Stelle keine persönliche Veränderung durch die Analyse geschaffen wird, wird der Analysand in seiner späteren Praxis sowohl die Größenideen wie das Super-Über-Ich auf seine Patienten übertragen. D.h., er wird nur dann mit seiner Arbeit zufrieden sein können, wenn er hochfrequente Langzeitanalysen durchführt. Mit dieser Ideologie wird er der Realität der Praxis nicht gerecht: Viele Patienten brauchen sie nicht, viele können sie sich nicht leisten. Wie ich an anderer Stelle zeigen konnte (Cremerius 1990), muß er als Teilnehmer an der Richtlinienpsychotherapie, um sein Ideal verwirklichen zu können, zu jener Indikationsstellung vor Einführung der Richtlinienpsychologie zurückkehren, die hieß: Analytische Psychotherapie erhalten nur die, die sie bezahlen können. Er wählt jetzt demzufolge nur Patienten aus, die nach Abschluß der von der Kasse finanzierten 300 Stunden als Privatpatienten weitermachen können. Was ein solcher Etikettenschwindel für die analytische Arbeit bedeutet, die jetzt zu einer Komplizenschaft entartet, kann nie wirklich analysiert werden.

Und schließlich ein letztes Argument gegen diese unendlichen Lehranalysen, welche das grandiose Selbst konservieren: Da die Analyse mit endlichen Mitteln arbeitet, keine "Panazee" ist, wie Freud sagte, und sich mit bescheidenen Erfolgen zufriedengeben muß, setzt eine solche Lehranalyse den zukünftigen Analytiker der Gefahr aus, an seinem Beruf enttäuscht zu werden, an ihm zu verzweifeln. Daß dies der Fall ist, bezeugen die zahlreichen Fälle von Kollegen, die unzufrieden mit ihrer Arbeit nach neuen Wegen suchen, das grandiose therapeutische Ich doch noch befriedigen zu können. Sie geben entweder die analytische Methode auf und werden zu grandiosen Reparateuren früher Schäden, verkleiden sich als gute, empathische Mutter und glauben, Schicksal aufheben, Defekte heilen zu können. Oder sie bedienen sich zusätzlicher Hilfen wie der Astrologie, des Pendels, der Körpertherapie etc.

Für den Analysanden liegt in der persönlichen Analyse noch der Vorteil, daß er seinen Berufswunsch noch einmal gründlich, vor allem unter Aspekten des Unbewußten, durcharbeiten kann. In der Lehranalyse ist dies kaum möglich, weil der Analysand ja bereits zur Berufsausbildung zugelassen ist. Die Reflexion über den Berufswunsch und die Frage der Eignung für denselben sägt in der Lehranalyse den Ast ab, auf dem sie stattfindet. Und schließlich vermittelt die undogmatische Form der persönlichen Analyse, die weitgehend den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Analysanden folgt, dem Analysanden ein richtigeres Bild seiner zukünftigen Praxis als dies eine Lehranalyse vermag, die Außengesetzen folgt.

Die persönliche Analyse könnte, da sie keinen institutionellen Zwängen unterliegt, bescheidenere Ziele anstreben als die hochfrequente Langzeit-Lehranalyse. Ich

meine, sie dürfte sich zufrieden geben, wenn der zukünftige Analytiker seine neurotischen Ichveränderungen, Abwehrmechanismen, Verdrängungen etc. soweit bearbeitet hat, daß er weitgehend über sein Unbewußtes Bescheid weiß. Das sollte genügen, da er damit im Besitz eines funktionierenden Instruments, seines Unbewußten ist, mit dem er arbeitet. Und genügen sollte es auch deshalb, weil das Ergebnis einer ungestörten, echten Analyse immer auch das ist, daß der Analysand um das Prinzip der unendlichen Analyse weiß: D.h., daß er bereit ist, sich, wenn notwendig, erneut einer Analyse zu unterziehen.

Freud und Jung haben uns mit der persönlichen Analyse einen Weg gewiesen, der zu persönlichen Veränderungen des zukünftigen Analytikers führt und ihn für die analytische Arbeit im Bereich des Unbewußten befähigt. Da die Lehranalyse im Rahmen der institutionalisierten Ausbildung diese Aufgabe nur unzureichend erfüllt, müssen wir das Ausbildungssystem reformieren und es in Übereinstimmung mit unseren theoretischen Grundannahmen bringen.

Literatur

Balint M (1947) Über das psychoanalytische Ausbildungssystem. In: Balint M (Hrsg) Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Huber-Klett, Bern Stuttgart Wien, S 246-254 (1966)

Cremerius J (1981) Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. Jb Psychoanal Beiheft 6 : 123-158

Cremerius J (1986) Spurensicherung. Die "Psychoanalytische Bewegung" und das Elend der psychoanalytischen Institution. Psyche 40 : 1063-1091

Cremerius J (1986) Vorwort zu A. Carotenuto (Hrsg) Tagebuch einer heimlichen Symmetrie. Sabina Spielrein zwischen Jung und Freud. Kore, Freiburg

Cremerius J (1990) Die hochfrequente Langzeitanalyse und die psychoanalytische Praxis. Utopie und Realität. Psyche 44 : 1-29

Federn E (1972) A cooperation through life. In: Federn E (ed) Thirty-five years with Freud. In honour of the 100th anniversary of Paul Federn, M D. J Clin Psychol (Suppl) 32 : 18-34

Ferenczi S (1928) Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In: Balint M (Hrsg) Schriften zur Psychoanalyse, 2Bde. Reihe conditio humana, Bd II. Fischer, Frankfurt aM , S 237-250

Freud A (1938/1968) Probleme der Lehranalyse. In: Die Schriften der Anna Freud, Bd 5. Kindler, München, S 1397-1410 (1980)

Freud A (1976) Bemerkungen über die Probleme der psychoanalytischen Ausbildung. In: Die Schriften der Anna Freud, Bd 10. Kindler, München, S 2805-2810 (1980)

Freud S (1912e) Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW Bd 8. Fischer, Frankfurt aM, S 375-387 (1966ff.)

Freud S (1916/17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd 11

Freud S (1919a) Wege der psychoanalytischen Therapie. GW Bd 12, S 181-194

Freud S (1926e) Die Frage der Laienanalyse. GW Bd 14, S 207-307

Freud S (1937c) Die endliche und die unendliche Analyse. GW Bd 16, S 57-99

Freud S, Andreas-Salomé L (1966) In: Pfeiffer E (Hrsg) Briefwechsel. Fischer, Frankfurt aM

Jones E (1953-1957) Das Leben und Werk von Sigmund Freud, 3 Bde. Huber, Bern Stuttgart Wien

Parin P, Parin-Matthéy G (1983) Das obligatorisch unglückliche Verhältnis des Analytikers zur Macht. In: Lohmann HM (Hrsg) Das Unbehagen in der Psychoanalyse. Qumran, Frankfurt aM Paris

Petri H (1985) Psychoanalytische Sozialisation - ein Weg zur Autonomie? Psyche 39 : 481-500

Rus A (1988) Zur Problematik der Lehranalyse. Unveröffentliches Manuskript

Sachs H (1930) Die Lehranalyse. In: Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Verlag Internationale Psychoanalyse, Wien München

Was hat sich gewandelt in der Gruppen-psychotherapie?

Wulf-Volker Lindner

Perspektiven

Um auf die Frage antworten zu können, was sich in der Gruppenpsychotherapie gewandelt hat, werde ich nacheinander unterschiedliche Perspektiven einnehmen: Zunächst werde ich zurückblicken und den Weg der Gruppenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland von Mitte der 60er Jahre bis heute kommentieren; dann werde ich an wichtige Themen der Theoriediskussion der letzten 20 Jahre erinnern; und schließlich werde ich die Situation der Gruppentherapie heute aus der Perspektive der Praxis schildern.

Rückblick

Oder: Auszug aus Utopia in den therapeutischen Alltag

Mitte, Ende der 60er Jahre war die Gruppenpsychotherapie noch Teil der Gruppenbewegung, in der viele, insbesondere junge Menschen die Gruppe wie eine *Institution des Heils* begrüßt und entsprechend idealisiert hatten. Dies habe ich persönlich erfahren und auch mitgemacht, als ich 1968 in die erste psychoanalytische Selbsterfahrungsgruppe, die damals in Göttingen angeboten wurde, eintrat und an gruppendynamischen Laboratorien der ersten Generation in der Bundesrepublik teilnahm.

Die *Gruppe* wurde tatsächlich für viele Psychoanalytiker und Psychotherapeuten zur "Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien", wie der Untertitel des viel gelesenen Buches jener Jahre *Die Gruppe* (1972) von Horst Eberhard Richter lautet. Eine Art pseudoreligiöser

Heilserwartung brachte damals nicht wenige komische Phänomene zu Tage, so z.B. die Gruppensucht. Diese Tage der Naherwartung des Heils durch die Gruppe sind zum Glück Vergangenheit und haben einer *realistischeren und soliden Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen* der Gruppenpsychotherapie Platz gemacht. Die von der Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e V. (DGPT) in Auftrag gegebene und 1987 veröffentlichte PROGNOS-Studie (zit. n. Schmid 1987) über die "Psychoanalytische Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland" dokumentiert, daß sich die psychoanalytische Gruppentherapie einen *Marktanteil von 25%* erobert hat: Von den in der Bundesrepublik praktizierenden Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern, die Mitglieder der DGPT sind, führen 25% psychoanalytische Gruppentherapie durch (Prognos-Studie 1987, S. 116). Das ist nach so relativ kurzer Zeit der Einführung, Entwicklung und Anwendung einer neuen Psychotherapiemethode ein erstaunlich hoher Anteil. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, daß diese Zahl von 25% sich nur auf Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) bezieht. Würde man eine ähnliche Erhebung in der anderen großen Gesellschaft, der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie e.V. (AÄGP) machen, man käme mit Sicherheit auf einen ähnlich hohen Prozentsatz von Gruppenpsychotherapeutinnen und Gruppenpsychotherapeuten, denn die Zahl derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die psychoanalytisch orientierte bzw. tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie und andere Gruppentherapieverfahren durchführen, ist mindestens so groß wie die Zahl derjenigen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker, die Psychoanalyse in Gruppen anwenden.

Das bisher Gesagte bezieht sich vor allem auf die Anwendung von Gruppenpsychotherapie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Betrachten wir den großen Bereich der stationären psychotherapeutischen Versorgung, so tun wir gut daran, wenn wir von einem weit höheren Anteil der Gruppenpsychotherapie an den psychotherapeutischen Angeboten in diesem Bereich ausgehen. Es ist sicher nicht übertrieben zu sagen, daß im Bereich der klinischen psychotherapeutischen Versorgung die Gruppenpsychotherapie das wichtigste Medium psychotherapeutischer Versorgung ist.

Diesem soliden Marktanteil von 25% entspricht ein differenziertesgruppenpsychotherapeutisches Angebot, mit dem wir inzwischen auch Patientinnen und Patienten erfolgreich behandeln können, für die man früher keine günstige Prognose stellte: die sog. Frühstörungen. Die vertragliche Einbindung der analytischen- und tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie in die kassen- und vertragsärztliche Versorgung unterstreicht schließlich ebenfalls die solide Basis, die sich die Gruppenpsychotherapie geschaffen hat.

Gleichwohl steht die Gruppenpsychotherapie aber noch vor einer wichtigen Aufgabe, die sie bisher erstaunlicherweise noch nicht gelöst hat. Im Zuge der Gruppenbewegung geschah es, daß *das* Thema der *Gruppenbewegung* paradoxerweise ein ganz *individualistisches* wurde: nämlich Selbstverwirklichung. Natürlich, man suchte danach mit anderen zusammen, doch dann ging es sehr bald nicht mehr auch um die anderen als andere, sondern vorwiegend nur um einen selbst.

Diese Zielvorstellung, die die Gruppenszene viele Jahre prägte,werte ich heute als Ausdruck des Verlustes des speziellen Blickes, den man natürlicherweise einnehmen muß, wenn man in einer Gruppe sitzt: den Blick auf die anderen als von mir getrennten, unterschiedenen Individuen. Daß in der Gruppenbewegung die anderen paradoxerweise so aus dem Blickwinkel verschwanden, scheint mir Niederschlag einer Verleugnung und Verdrängung des Eigensten des Phänomens Gruppe zu sein. Offenbar machte und macht die Beschäftigung mit und das Sich-Einlassen auf den anderen als Getrennten, Von-mir-Unterschiedenen, Fremden noch zu viel Angst.

Zwar wurden im psychoanalytischen Diskurs der damaligen Jahre - als viele in Gruppen ihre Egotrips entdeckten - schon die frühen Objektbeziehungen, deren wichtigstes Merkmal es ja ist, daß personale Beziehungen noch nicht aufgenommen werden können, entdeckt und behandelt, doch aus der Rückschau betrachtet muß man sagen, daß diese Theoriediskussion und jene paradoxe Entwicklung in der Gruppenszene nicht in Korrelation gesetzt wurden, und wenn dies geschehen sein sollte, so doch ohne nachhaltige Wirkung.

Stellen wir diese Beziehung her, so können wir formulieren: Wenn vorherrschendes Merkmal von vielen die noch nicht entwickelte Fähigkeit ist, den anderen als eigenständige Person wahrzunehmen, dann verwundert es nicht, daß er im Selbstfindungsprozeß nur als Mittel, als Funktion verbraucht wird.

Folge dieser unbewußten Problematik der Gruppenbewegung auf der Ebene der Theoriediskussion war in jenen Jahren weiter, daß die Beschäftigung mit dem anderen als Fremden, die etwa zur gleichen Zeit in der Ethnologie und im kleinen Kreis der Ethnopsychoanalytikerinnen und -analytiker begann, im gruppenanalytischen Diskurs nicht zur Geltung kommen konnte. Es ist schon mehr als verwunderlich, daß dieses "heiße Thema" die Gruppentherapeuten nicht bewegte. Erst über den langen Umweg des Auszugs in ferne Länder, wo der andere aus sicherer Distanz faszinierte und ängstigte, fand die Beschäftigung mit dem anderen als Fremden mit erheblicher zeitlicher Verzögerung auch in der gruppenanalytischen Diskussion Raum (vgl. z.B. Bosse u. Knauss 1984).

Daß auch die Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen im Sog der Gruppenbewegung an dieser Verleugnung und Verdrängung mitmachte, die teilweise noch anhält, scheint mir auf der Hand zu liegen. Ich habe alle mir zugänglichen Lehrbücher, Monographien und einschlägigen Arbeiten zur Anwendung der

Psychoanalyse in Gruppen daraufhin durchgeschaut, inwieweit sie sich explizit mit dem anderen als Fremden und den damit verbundenen innerseelischen und zwischenmenschlichen Ängsten und Problemen beschäftigen, und habe wenig, fast nichts, und dann unter diesem Blickwinkel betrachtet Verharmlosendesgefunden. Der andere wird als der nur Unvertraute, im Grunde aber doch Ähnliche begriffen. Der andere als Fremder taucht nicht auf.

Was ich hier ausführe, ist ein Hinweis darauf, daß die Gruppenpsychotherapie einen zentralen Aspekt ihres ureigensten Gegenstandes der Beschäftigung noch nicht voll in den Blick genommen hat, was bei der gesellschaftspolitischen Aktualität dieses Themas - ich verweise nur auf die Ausländerfeindlichkeit, die multikulturelle Gesellschaft und den Fremdenhaß - besonders erstaunt. Diesen zentralen Aspekt endlich zu bearbeiten, scheint mir von großer Wichtigkeit für die weitere Entwicklung, zumindest der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen zu sein. Wie hautnah diese Thematik plötzlich auch einem Gruppentherapeuten werden kann, möchte ich kurz verdeutlichen.

Fallvignette

Es war Mitte September 1989, da berichtete in einer Supervisionsgruppe, in der wir schon seit einigen Jahren in regelmäßigen Abständen psychoanalytisch orientierte Gruppentherapien miteinander besprechen, ein Kollege, der in seiner Praxis ambulante Gruppenpsychotherapien durchführt, unter großer Scham, wegen der Vertrautheit in der Gruppe dann aber doch wieder erstaunlich offen, was ihm vor ein paar Tagen zu Beginn, nein, genau genommen noch *vor* der Sitzung einer Patientengruppe passiert war.

Er hatte in dieser Therapiegruppe schon seit längerem Schwierigkeiten mit einem jungen Erwachsenen, der offensichtlich erhebliche strukturelle Ich-Störungen hatte und deshalb seine postadoleszente Identitätskrise nur heftigst ich-synton agierend durchstehen konnte. In der Therapiegruppe hatte der Patient dem Kollegen schon alles an Können und alle Beherrschung abverlangt. Und nun passierte vor der erwähnten Gruppensitzung vor gut 14 Tagen folgendes:

Der junge Mann erschien in völlig veränderter Aufmachung. Aus dem in üblich-alltäglicher Nachlässigkeit (T-Shirt, Jeans) Gekleideten war ein Skinhead geworden, und mit dem verwandelten Äußeren hatte sich sein sonst gerade noch zu ertragendes aggressiv-destruktives Verhalten in der Gruppe erheblich verstärkt, so jedenfalls war der optische und akustische Eindruck unseres Kollegen, als er das Therapiezimmer betrat.

Sein Blick fiel zuerst auf den nun kahl geschorenen, in schwarzes Leder gekleideten, mit Ketten, Schlagring und Emblemen der DVU (Deutsche Volksunion, eine rechtsradikale Partei) ausstaffierten Patienten, der heftig gestikulierend und laut redend auf die an-

deren Gruppenmitglieder einhämmerte: "Hier müssen endlich andere Themen besprochen werden. Das Gelaber nutzt doch nichts! Wir müssen über die Arbeitslosigkeit und die Ausländer und die Türken reden ...".

Wenn ich jetzt weiter berichte, so tue ich dies in voller Solidarität mit dem Kollegen, auch wenn ich als Supervisor sein Verhalten kritisch betrachten muß. Er bekam einen fürchterlichen Schrecken. "Der macht mir die ganze Gruppe kaputt", schoß es ihm durch den Kopf. Und schon sagte er: "Nun ist aber Schluß! Wir sehen, Sie wollen keine Therapie. Wir sind hier nicht bei den Rechtsradikalen. Verlassen Sie sofort meine Praxis!" Und als der junge Mann nicht gleich Anstalten machte zu gehen, nahm er ihn an Arm und Schultern, ein anderer Mann sprang herbei und half, und so setzten sie den jungen Mann gemeinsam vor die Tür.

Mir geht es hier nicht darum zu überlegen, ob und wie man diese dramatische Situation anders hätte durchstehen können, ich erzähle von dieser Episode vielmehr deswegen, um berichten zu können, was danach in der Supervisionsgruppe deutlich wurde. Unter großer Betroffenheit aller Mitglieder der Supervisionsgruppe übrigens, konnte der Kollege nach und nach die Einsicht zulassen, daß er in dem Skinhead etwas von sich selbst vor die Tür gesetzt hatte: Zunächst fiel ihm seine Flucht aus der DDR ein, die erst ein paar Jahre zurückliegt, und dann die jahrzehntelangen Diskussionen in Schule und Studium, die sich politisch nannten, in denen man aber nicht über das reden konnte, worum es ging und was man wirklich dachte, sondern immer mit der "Schere im Kopf" im Hinblick auf die Frage diskutierte: "Kann mir das, was ich jetzt sage, schaden oder nicht?" Und schließlich begriff er, daß er damals wohl ähnlich gewaltige Protestimpulse wie jetzt der Skinhead in seiner Therapiegruppe in sich getragen haben mußte. - Alte, nur eben vernarbte Wunden brachen in dieser Supervisionssitzung wieder auf und ließen verständlich werden, was an eigener Problematik in dem Kollegen in der Begegnung mit dem Skinhead wachgeworden war und sein Handeln bestimmt hatte.

Der junge Mann ist übrigens fünf Monate nach diesem Ereignis in die Gruppe zurückgekehrt (vgl. Lindner 1989, 1990).

Wandlungen in der Theorie- und Technikdiskussion

Resümiert man die Wandlungen in der Theorie- und Technikdiskussion im Bereich der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen, so werden zwei Themenkreise sichtbar, die Antwort dieser Diskussion auf die Notwendigkeit der Behandlung der vielen Frühgestörten, ich- und im oben bereits erwähnten Sinne beziehungsgestörten Patientinnen und Patienten sind, die in stationäre, aber auch ambulante gruppentherapeutische Behandlung kommen:

- Der erste Themenkreis betrifft vertieftere Einsichten in die Art, Genese und Wirksamkeit der Konsensbildungen in Gruppen, die sich in Sekundenschnelle als Normen einstellen können.
- Der zweite Themenkreis betrifft die Methodendifferenzierungen auf der einen Seite und die Parameterdifferenzierungen auf der anderen Seite, also die Abwandlungen in der gruppentherapeutischen Technik, die nötig wurden, um mit den früh-, ich- und beziehungsgestörten Patientinnen und Patienten überhaupt therapeutisch arbeiten zu können.

Zu den Normen

Seit den Anfängen der Begegnung von Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern mit dem Phänomen Gruppe lag es im besonderen Interesse, ein wesentliches Bindeglied zwischen Individual- und Sozialpsychologie, eben die Normen und ihre Bildungsprozesse eingehender in actu studieren zu können (vgl. Brocher 1969; Heigl-Evers u. Heigl 1979).

Hier ist inzwischen insbesondere von Kolleginnen und Kollegen, die mit Frühgestörten arbeiten, viel Detailarbeit geleistet worden, so daß die Bildungsprozesse von Normen in kleinen, aber auch in großen Gruppen hinreichend plastisch beschrieben und mit Hilfe theoretischer Konzepte, wie z. B. der Situationsdefinition (auf unterschiedlichem Regressionsniveau) plausibel gemacht werden konnten (Heigl-Evers u. Streeck 1985).

Ein Bereich in diesem Zusammenhang wird als Forschungsdesiderat immer wieder eingeklagt, die Beschäftigung damit steht erst in den Anfängen: Die empirische Untersuchung der vor- und nebensprachlichen Kommunikationsvorgänge, über die sich Normenbildungen vornehmlich vollziehen (vgl. Krause 1981, 1983). Die Handhabung der audiovisuellen Detailfülle und die Durchdringung des komplexen Datenmaterials stellen hier das größte Forschungsproblem dar.

Zu den Methoden- und Parameterdifferenzierungen

Daß sich auch die Gruppenpsychotherapie mit der angemessenen Behandlung der sog. Frühstörungen auseinandersetzen mußte, verwundert nicht. Dies hat in der Gruppen- wie in der Einzeltherapie zu zwei unterschiedlichen Handhabungsweisen des Problems geführt, *wie* man bei der Behandlung von Frühgestörten, die mit der

klassischen Technik nicht hinreichend gut behandelt werden können, die Technik modifizieren sollte: durch *Methoden*differenzierung oder durch *Parameter*-differenzierung.

Die *Methodendifferenzierung*, also das Herausarbeiten eines speziellen therapeutischen Vorgehens für die Behandlung strukturell-ichgestörter Patientinnen und Patienten, wurde von den Autoren des Göttinger Modells Annelise Heigl-Evers und Franz Heigl beschritten. In der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie haben sie eine Interventionstechnik für die Behandlung Frühgestörter in Gruppen entwickelt, die vor allem auf dem Prinzip Antwort im Unterschied zum Prinzip Deutung bei der Behandlung ödipal Gestörter beruht. Im Prinzip Antwort wird der Einsicht Rechnung getragen, daß Frühgestörte in ihrer Ich- inklusive Beziehungsentwicklung noch wenig weit fortgeschritten sind, weshalb sie kein sog. Normal-Ich entwickeln konnten, das sie befähigt, Deutungen ihrer unbewußten Konflikte zwischen Es, Ich und Über-Ich tolerieren zu können. Das schwache Ich müßte an der durch die Deutungen entbundenen Konfliktdynamik scheitern. Deshalb muß so gestörten Patientinnen und Patienten mit Hilfe von Antworten durch die Therapeutinnen und Therapeuten geholfen werden, daß ihre Ich-Funktionen und Beziehungsmöglichkeiten nachreifen können.

Der auf der Hand liegende Vorteil dieser Methodendifferenzierung ist die eigenständige Interventionstechnik, die als Modell angeboten wird und den Gruppentherapeutinnen und -therapeuten Perspektive und Sicherheit vermittelt. Selbstverständlich hat diese Methodendifferenzierung auch ihre Nachteile. Auf einen wird in der jüngsten Vergangenheit verstärkt hingewiesen: Ich-Funktionsstörungen und frühe Beziehungsstörungen sind natürlich auch immer mit Konflikten zwischen Es, Ich und Über-Ich verbunden, mögen die Strukturen Ich und Über-Ich auch noch so rudimentär entwickelt sein. Die Trennung von Ich- und Konfliktpathologie sei künstlich. Mit Einwänden dieser Art wäre dann nach der Konsequenz des Durchhaltens des Prinzips Antwort gefragt: Werden Konflikte *nie* gedeutet? Oder ausnahmsweise doch? Und wenn ja, ab welchem Entwicklungsstand des Ichs? Wirken Deutungen, die Angst und Scham mindern, etwa nicht ichstärkend?

Fragen dieser Art lockern die strenge Handhabung der Methodendifferenzierung auf. Es wird darüber hinaus interessant sein, anhand von Tonbandprotokollen zu überprüfen, ob die Vertreterinnen und Vertreter der Methodendifferenzierung von ihrem eigenen Konzept abweichen und falls ja, wann und warum sie es tun. Denn auch für dieses Konzept gilt natürlich: Das veröffentlichte Konzept ist das eine, die tatsächliche Praxis ein anderes.

Diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die keine eigenständige Therapiemethode zur Behandlung von Frühstörungen in Gruppen herausgearbeitet haben (z.B. Kutter 1976, 1989), gleichwohl aber mit dieser Patientenklientel gruppentherapeutisch arbeiten, verändern situativ oder geplant, bestimmte

Parameter der Technik. Von ihnen wird immer wieder vom besonderen Herstellen der Haltefunktion, der Orientierung der Interventionen am Ich und der Wert der korrigierenden emotionalen Erfahrung in der Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten betont.

Der Vorteil der Parameterdifferenzierung ist der, daß die Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen in der Theorie und in der therapeutischen Praxis nicht in Methoden aufgeteilt wird. Das gibt der Praktikerin und dem Praktiker auf andere Weise ein besonderes Gefühl der Identität und Praxisnähe. Gruppentherapeutinnen und -therapeuten in der ambulanten Praxis können sich nämlich aus Zeit-, aber auch aus Versorgungsgründen oft den Luxus nicht leisten, wie sie es empfinden, zwei oder mehrere Therapiegruppen nach unterschiedlichen Methoden *rein* zu führen.

In diesem Zusammenhang habe ich auch den Eindruck, daß diejenigen, die in der Bundesrepublik die Parameterdifferenzierung vertreten, Gruppentherapeutinnen und -therapeuten sind, die ambulante Gruppen durchführen. Die Methodendifferenzierung ist dagegen in psychoanalytisch geführten Kliniken vor allem in Düsseldorf und Göttingen erarbeitet worden.

Der Nachteil der Parameterdifferenzierung ist der, daß die neu eingeführten Parameter im Vergleich zu den unterschiedlichen Methoden der Gruppenpsychotherapie zuwenig detailliert diskutiert und beschrieben wurden. Man hätte hier vieles gern klarer.

Die Diskussion über die Vor- und Nachteile der Methoden- und Parameterdifferenzierung wird in der Zukunft sicherlich eine wechselseitige Befruchtung bei den Vorgehensweisen ergeben. Denn oft (leider nicht immer!), wenn in der Psychotherapie im Hinblick auf Patientinnen und Patienten darüber diskutiert wird, was therapeutisch am sinnvollsten ist, wirkt zum Glück die Einsicht ihre kleinen Wunder, daß therapeutische Konzepte für die Patientinnen und Patienten und nicht aber die Patientinnen und Patienten für therapeutische Konzepte da sind!

Wandlungen aus der Perspektive von Gruppen- therapeutinnen und Gruppentherapeuten

Versucht man die Frage "Was hat sich in der Gruppenpsychotherapie gewandelt?" aus der Perspektive von Gruppentherapeutinnen und -therapeuten zu beantworten, ist es gut, zwischen stationärer und ambulanter Gruppenpsychotherapie zu unterscheiden. Denn je nach dem Arbeitsplatz fallen hier die Antworten unterschiedlich aus.

Würde man Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von psychoanalytisch geführten Kliniken oder Abteilungen, psychosomatischen Kliniken und Abteilungen, psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, Kliniken für Alkoholkranke und Drogenabhängige und andere Institutionen, in denen Gruppenpsychotherapie angewandt wird, unsere Leitfrage vorlegen, so würden außer den oben beschriebenen Veränderungen in der Technik nach meiner Einschätzung keine anderen Wandlungen zur Sprache kommen. Daß aus psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen immer wieder berichtet wird, man müsse auch in Gruppen immer schwerer gestörte Patientinnen und Patienten behandeln, ist nur die Ursache der oben beschriebenen Veränderungen der gruppenpsychotherapeutischen Technik.

Aus der ambulanten Praxis psychoanalytischer und psychoanalytisch orientierter Gruppentherapie gewinnt man ein ganz anderes Bild. Zunächst ein paar Zahlen: Aus dem Patientenmaterial der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) können wir entnehmen, daß im Zeitraum von 1983 - 1988 die Zahl der tiefenpsychologisch fundierten Gruppenbehandlungen (gerechnet nach Behandlungssitzungen) von 16.000 in 1983 auf 74.800 in 1988 gestiegen ist. Für die analytische Psychotherapie lauten die Zahlen für 1983 65.000 und für 1988 155.100 Behandlungssitzungen. Die Steigerungsrate für tiefenpsychologisch fundierte Gruppenbehandlung beträgt danach 295%, für analytische Gruppenbehandlung 112% (vgl. Faber u. Haarstrick 1989).

Diese Steigerungsraten können allerdings nicht nur erfreuen, weil man von Kolleginnen und Kollegen, die ambulant analytische und tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie durchführen, vermehrt Klagen hört. Die Klagen lauten:

- Für Gruppenbehandlungen ist nach den neuen Bewertungsmaßstäben die Bezahlung zu gering.
- Die Tatsache, daß tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie nur 40-60 Doppelstunden, in Ausnahmefällen 80 Doppelstunden bei einer Sitzung pro Woche, also nur 1 1/2 Jahre von den Kassen finanziert wird, während für die analytische Gruppentherapie doppelt so viele Behandlungsdoppelstunden (80-120 Doppelstunden, in Ausnahmefällen 150 Doppelstunden bei 1 Sitzung pro Woche) zur Verfügung stehen, ist sachlich nicht gerechtfertigt.
- Die Nachfrage, insbesondere nach analytischer Gruppentherapie in Städten mittlerer Größe mit psychoanalytischen Instituten und dabei vor allem noch einmal die Nachfrage von Männern nach Gruppentherapie nimmt ab.
- Die Konzepte der Gruppentherapie tragen den unterschiedlichen Praxissituationen zu wenig Rechnung; ambulante Gruppentherapie in der Großstadt hat mit anderen therapeutischen Problemen fertig zu werden als Gruppentherapie in einer Kleinstadt oder gar auf dem Lande.

Zu den einzelnen Klagen

Zur Bezahlung. Daß Gruppentherapie, sowohl die analytische wie die tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, nach den neuen Bewertungsmaßstäben zu gering bezahlt wird und faktisch schlechter als vorher dasteht, liegt zwar scheinbar in der inneren Logik des neuen Bewertungswesens: die persönlich am Patienten erbrachte Leistung soll honoriert werden. Aus diesem Grunde, so sagen diejenigen, die die Verhandlungen geführt haben, sei die Gruppentherapie, weil nicht Maßnahme an *einem*, sondern an *mehreren* Patienten zugleich, eben schlechter als die Einzeltherapie weggekommen. Die formale Logik dieser Argumentation offenbart allerdings, daß hier zu vordergründig argumentiert wird. Gruppentherapie ist eben keine durchrationalisierte Psychotherapie en bloc, sie ist analytische oder analytisch orientierte Psychotherapie unter den Bedingungen der Mehrpersonenbeziehung! Die Gruppe ist nicht Instrument der Rationalisierung, sondern Bühne, auf der die einzelnen Gruppenmitglieder ihre ungelösten, unbewußten innerseelischen Konflikte und ihre Ich- und Beziehungsdefizite wiederinszenieren, woraus sich der Gruppenprozeß ergibt, an dem in Hinblick auf jedes einzelne Gruppenmitglied therapeutisch gearbeitet wird. Die Arbeit am einzelnen unter den aus therapeutischen Gründen bewußt intendierten Bedingungen der Mehrpersonenbeziehung bedeutet für die Therapeutin und den Therapeuten die Notwendigkeit einer zur Einzeltherapie hinzukommenden zusätzlichen Qualifizierung und sie bedeutet Mehrbelastung durch den im gruppentherapeutischen Prozeß gegenüber der Einzeltherapie zunehmenden Vielfältigkeitsdruck! Dies ist bei der Festsetzung des neuen Punktesystems schlichtweg nicht beachtet worden und sollte so bald als möglich zu Korrekturen in der Bewertung führen.

Zur Leistungsbegrenzung bei tiefenpsychologisch-fundierter Gruppentherapie. Nach der offiziellen Lesart der Kassenverträge soll mit Hilfe der tiefenpsychologisch fundierten Therapie - einzeln oder in Gruppen - Einsicht in die momentanen zwischenmenschlichen Konfliktkonstellationen unter teilweiser Hinweglassung der lebensgeschichtlich früheren Ursprünge erzielt werden; eine partielle Umstrukturierung mit begleitender Symptomminderung stellt letztlich das Behandlungsziel dar. Die Übertragung auf das Globalobjekt Gruppe und die Therapeutin bzw. den Therapeuten soll nicht gefördert, damit Regression gesteuert werden (vgl. Faber u. Haarstrick 1989).

Ich denke, es ist nicht schwer, auch für die tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie deutlich zu machen, daß eine auf 1 1/2 Jahre, nur in Ausnahmefällen auf 2 Jahre begrenzte Psychotherapie für die allermeisten in der Regel zu den schwerer gestörten zu rechnenden Patientinnen und Patienten letztlich nicht den Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit

entspricht. Tatsächlich werden die Kosten, die sich aus einer über die Leistungsgrenzen hinausführenden Gruppen- aber auch Einzeltherapie ergeben, nur "versteckt": Sie verschwinden sozusagen in der privaten Weiterfinanzierung, oder tauchen unter anderen Posten oder nach einer vorgeschriebenen Unterbrechungszeit wieder im offiziellen Budget auf. Da die tatsächlich hier zur Debatte stehenden Summen im Vergleich zu den Ausgaben für Psychotherapie und gar zum gesamten Haushalt für medizinische Versorgung aber gering sind, ist die Leistungsbegrenzung an dieser Stelle sachlich nicht zu verstehen.

Auch wenn ich in Gruppensupervisionen immer wieder sehe, daß die private Weiterfinanzierung nach Ausschöpfen der Kassenleistungen für viele eine sehr wichtige Auseinandersetzung mit der Frage bedeutet, was ihnen ihre psychische und körperliche Gesundheit denn wert ist, muß ich auch sagen, daß für viele aus ökonomischen Gründen eine private Weiterfinanzierung nicht in Frage kommt. Und darüber hinaus muß natürlich gefragt werden, aus welchen Gründen die Kassen eine Therapie anbieten, die zeitlich nicht ausreicht.

Zur abnehmenden Nachfrage. Daß bei einem zunehmenden Angebot von Einzelbehandlungsplätzen die direkte Nachfrage nach Gruppenpsychotherapien nachläßt, ist ein Phänomen, das nicht weiter verwundern sollte. Es war nur die Phantasie von wenigen Enthusiasten Ende der 60er Jahre, die Heilungserwartungen von Menschen könnten sich alsbald derart verändern, daß sie spontan Hilfe von einer Gruppe und nicht von einzelnen erwarten würden. Solche Phantasien rechneten nicht mit tiefen kulturellen Prägungen. Die spontane Nachfrage nach Gruppentherapie war immer Ausnahme, auch in Zeiten der Gruppenblüte, die Indikationsstellung und Vorbereitung mit Motivationsarbeit war immer das andere, wichtigere Geschäft.

Aus Supervisionen weiß man, daß für die Arbeit an der Motivation zur Gruppenpsychotherapie und auf die Vorbereitung zur Gruppenpsychotherapie unter dem Strich viel zu wenig Zeit aufgewendet wird, was sich im späteren therapeutischen Prozeß negativ auswirkt.

In diesem Zusammenhang ist mir immer wieder aufgefallen, daß auch viele Gruppentherapeutinnen und Gruppentherapeuten, besonders wenn sie auch Einzeltherapie durchführen, ihre Gruppenpsychotherapien Patientinnen und Patienten gegenüber oft auffallend defensiv ins Gespräch bringen, etwa nach dem Motto: "Ich kann Ihnen (leider) nur einen Platz in einer Gruppe anbieten". In solchen Fällen war es immer sehr weiterführend, wenn die eigenen, geheimen Vorbehalte zur Sprache kommen und bearbeitet werden konnten. Solche Art unbewußt-vorbewußter Selbstabwertung der eigenen Arbeit strahlt natürlich im Sinne einer Verstärkung der Vorbehalte gegen Gruppenpsychotherapie auf Patientinnen und Patienten aus.

Nachdem Eigenerfahrung in einer Gruppe obligatorisch für Gruppenpsychotherapeutinnen und -therapeuten geworden ist, dürfte diese Art defensiver Argumentation, die auch Folge der ausschließlichen bzw. vorwiegenden eigenen Selbsterfahrung in der Zwei-Personen-Beziehung ist, hoffentlich zurückgehen.

Jede Vorbereitung auf eine Psychotherapie sollte nach individueller Indikationsstellung bei der Arbeit an der jeweils vorhandenen Motivation beginnen, so auch in der Gruppentherapie.

Zur Tatsache, daß vielerorts weniger Männer für die Gruppentherapie vorhanden sind als früher. Diesen Trend, der sich übrigens auch in der Weiterbildung zur Psychoanalyse und Psychotherapie längst abzeichnet, kann man nur beklagen. Die Gründe dafür liegen nicht in der Gruppenpsychotherapie, sondern offensichtlich in zunehmenden defensiven Einstellungen von Männern psychischen Problemen und deren Behandlung gegenüber. In der Vergangenheit hat man gemeint, dies hänge mit dem spezifischen inneren Druck auf Männer zusammen, der sich in Zeiten wirtschaftlicher Rezession einstelle. Ich mißtraue solchen "wilden" sozioökonomischen Deutungen. Detailliertere Untersuchungen dieser Frage sind mir aber nicht bekannt.

Vor einem indirekten Schluß, der leider häufig aus der Tatsache des Männermangels in der Gruppenpsychotherapie gezogen wird, möchte ich ausdrücklich warnen: Bitte, geben Sie die Indikationsstellung bei Männern nicht auf nach dem Motto: Hauptsache Mann! Das rächt sich im späteren Gruppenprozeß.

Zur Klage, daß die Konzepte der Gruppenpsychotherapie den unterschiedlichen Praxissituationen zu wenig Rechnung tragen. Das ist so. Ursache hierfür ist zum einen, daß viele Konzepte der Gruppenpsychotherapie in Kliniken entwickelt worden sind, zum anderen macht diese Tatsache aber auch auf eine Schwachstelle in der Fort- und Weiterbildung in Gruppenpsychotherapie aufmerksam. Es gibt noch viel zu wenig wirklich gute Möglichkeiten zu kontinuierlicher Supervision von Gruppenpsychotherapien, in denen auch die eigene Praxiswirklichkeit unter konzeptuellen Aspekten hinreichend durchgearbeitet werden könnte. Ich kann jeder und jedem, die oder der Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Praxis anbietet, nur raten, sich solche individuelle Beratung im Hinblick auf die eigene Praxiswirklichkeit unter theoretischen und technischen Aspekten zu suchen. Sie erspart viel nachträgliche Arbeit.

Literatur

Bosse H, Knauss W (1984) Erfahrungen mit Jugendlichen in Papua-Neuguinea. Die Gruppenanalyse als Methode, gesellschaftliche Veränderungen zu verstehen. Psychosozial, Bd 23. Rowohlt Tb, Reinbek, S 68-90

Brocher T (1969) Anpassung und Aggression in Gruppen. In: Mitscherlich A (Hrsg) Bis hierher und nicht weiter. Ist menschliche Aggression unbefriedbar? Piper, München, S 152-206.

Erdheim M (1985) Zur Psychogenese der Imagines von Kultur und Familie. In: Friedrich V, Ferstl H (Hrsg) Bruchstellen in der Psychoanalyse. Rowohlt, Reinbek, S 66-73

Faber FR, Haarstrick R (1989) Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Jungjohann, Neckarsulm München

Heigl-Evers A, Streeck U (1985) Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Psychother Psychosom Med Psychol 35 : 176-182

Heigl-Evers A, Heigl FS (1979) Die psychosozialen Kompromißbildungen als Umschaltstellen innerseelischer und zwischenmenschlicher Beziehungen. Gruppenpsychother Gruppendyn 14 : 310-325

Krause R (1981) Affekte und nonverbale Kommunikation. In: Schusser O (Hrsg) Festschrift zum 65. Geburtstag von Guenther Muehle. Universität Osnabrück, S 185-203

Krause R (1983) Zur Genese der Affekte. Psyche 37 : 1016-1043

Kutter P (1976) Elemente der Gruppentherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Kutter P (1989) Indikation und Ziele in der analytischen Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychother Gruppendyn 25 : 28-34

Lindner W-V (1989) Die Angst vor dem Fremden. In: Deutscher Evangelischer Kirchentag Berlin 1989, Dokumente. Kreuz, Stuttgart Zürich, S 528-534

Lindner W-V (1990) Begegnung mit Fremden. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 39 : 210-214

Mertens W (1990) Einführung in die Psychoanalytische Therapie. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln

Richter HE (1972) Die Gruppe. Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien. Rowohlt, Reinbek

Schmid R (1987) Prognos Studie. Psychoanalytische Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer empirischen Erhebung im Auftrage der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPPT) Prognos, Köln. Praxisstudie, angefertigt vom Europäischen Zentrum für angewandte Wirtschaftsforschung prognos

Die Beziehung zwischen Psychotherapieforschung und psychotherapeutischer Praxis

Gerd Rudolf

Der runde Geburtstag - 40 Jahre Lindauer Psychotherapiewochen - legt es nahe zu fragen, "was hat sich geändert oder entwickelt in den unterschiedlichen Bereichen der Psychotherapie?". So wurde mir das Thema gestellt: "Was hat sich in der *Praxis* durch die Psychotherapieforschung gewandelt?" Wie Sie an dem ausgedruckten Titel sehen können, bin ich dieser Frage ausgewichen, denn nach meiner Überzeugung gibt es darauf nur eine kurze Antwort, und die könnte lauten: "Nichts" oder "Kaum etwas", und damit wäre das Thema erschöpft und das Referat beendet. Wenn ich nun keine Erfolgsmeldung geben kann im Sinne von "Was sich alles zum Guten gewandelt hat in der Zusammenarbeit von Praxis und Forschung", dann scheint mir diese Negativaussage auch einer Betrachtung wert. Falls es so ist, daß die Forschung nicht viel in die Praxis hineinträgt und dort verändert, ja, daß vielmehr beide Bereiche durch einen deutlichen Graben voneinander getrennt sind und ihr ausgeprägtes Eigenleben führen, ohne den anderen zur Kenntnis zu nehmen, dann sollten wir untersuchen, ob es sich dabei um eine zweckmäßige Arbeitsteilung mit guten Zukunftsaussichten handelt, oder um eine Beziehungsstörung, die längerfristig ein Risiko für beide Partner birgt. Ich will also in meinem Referat die Beziehung zwischen Forschen und Heilen in der Psychotherapie und Psychoanalyse untersuchen.

Das Junktim von Heilen und Forschen - ein unerfüllbarer Anspruch?

Das von Freud (1926) beschriebene und viel zitierte "Junktim von Heilen und Forschen" ist, wie er an anderer Stelle ausführt, ein "Ruhmestitel der psychoanalytischen Arbeit". Es besagt, daß der Psychoanalytiker stets auch forscht, wenn er behandelt, und daß diese seine psychoanalytische Forschungsaktivität immer behand-

lungspraktisch wirksam ist. Im gleichen Zusammenhang weist Freud aber bereits auf die mögliche Kollision von Forschung und Behandlung hin:

"Aber die Technik, die der einen dient, widersetzt sich von einem gewissen Punkt an doch der anderen. Es ist nicht gut, einen Fall wissenschaftlich zu bearbeiten, solange seine Behandlung noch nicht abgeschlossen ist". (Freud 1912, S. 380).

Welche Art von Forschung oder von Wissenschaft betreibt nun der praktizierende Psychoanalytiker? Er erforscht das Leben und die Person seines Patienten, vor allem in den unbewußten Dimensionen; er erforscht introspektiv seine eigene emotionale Antwort, seine Gegenübertragung auf die Inszenierungen seines Patienten. So sammelt er Einblicke in andere Menschen und in sich selbst. Mit wachsender Erfahrung entwickelt er Vermutungen und Überzeugungen, es drängt ihn, anderen Kollegen seine Erlebnisse und Einsichten mitzuteilen und sie mit ihnen zu diskutieren. Der Austausch ist besonders fruchtbar mit Kollegen des gleichen Erfahrungsniveaus. Mit zunehmendem Alter ergibt sich diese Gelegenheit seltener. Statt dessen führt das Mitteilungsbedürfnis dazu, daß der Therapeut an seinem Weiterbildungsinstitut Vorlesungen hält oder Supervisionen durchführt.

Immer wieder stellt sich die Frage, was ist an diesem Geschehen des praktischen Behandelns und theoretischen Erklärens nun eigentlich Forschung, was erfüllt die Kriterien von Wissenschaftlichkeit. Die Frage ist schwer zu beantworten, aber zugleich ist ein hoher Anspruch an Wissenschaftlichkeit überall spürbar, er begleitet jeden der praktischen und theoretischen Schritte. Wo viel Anspruch ist, wächst auch leicht das Insuffizienzgefühl, das ein befreundeter Kollege in die Worte faßte: "Das, was ich hier mache, ist alles ziemlich handgestrickt". Das Gefühl des Handgestrickten, also der bescheidenen eigenen Möglichkeiten kontrastiert mit den Mitteilungen der Fachliteratur. Darin wird beschrieben, wie aus klinischen Beobachtungen, die sich im Laufe der Jahrzehnte nicht allzusehr verändert haben, Theorien abgeleitet werden, die sich ständig verfeinern, differenzieren und verkomplizieren, so daß der Durchschnittstherapeut trotz aller Anstrengungen an Lektüre und Fortbildung oft das Gefühl hat, der aktuellen Entwicklung hoffnungslos hinterherzulaufen.

Für den Anfänger, d.h. den Weiterbildungsteilnehmer, der die größte Mühe hat, sich in diesem sich ständig verändernden Theoriengefüge zurechtzufinden, ergibt sich noch eine Notlösung: Er kann sich in einer Art von gläubiger Überidentifizierung das gesamte Gebilde mehr oder weniger unbesehen einverleiben, ohne es zunächst einmal kritisch zu prüfen. Diese Identifizierung mit einer großartigen, aber schwer verständlichen Theorie hat den weiteren Vorteil, daß sie den einzelnen nicht nur individuell stabilisiert, sondern ihn auch zum Gruppenmitglied in einer ungewöhnlichen Gemeinschaft macht. Möglicherweise tragen die Strukturen der Weiterbildungsinstitute gewollt oder ungewollt zu dieser Entwicklung bei.

Der kollektive psychotherapeutische Anspruch, zugleich Forscher und Heiler zu sein, steht also im Kontrast zu seiner realen Situation, die durch die bisher gesammelten Stichworte charakterisiert ist: Die überflutende Fülle der klinischen Eindrücke, der hohe Anspruch an wissenschaftliche Kompetenz, das bedrohliche Gefühl der eigenen Begrenztheit, die Möglichkeit der Identifikation mit einer idealisierten Theorie, das Eintauchen in eine idealisierte Gruppe. Diese Themen berühren mehr die Schwierigkeiten des wissenschaftlichen Forschens als die des praktischen Heilens; die emotional befriedigende Seite der praktischen Tätigkeit ist dadurch nicht in Frage gestellt.

Unterschiedliche Kriterien der Wissenschaftlichkeit

Wenn in der Psychotherapie über Wissenschaftlichkeit diskutiert wird, taucht zwangsläufig die Frage auf, welche Art von wissenschaftlicher Forschung der Psychotherapie oder der Psychoanalyse angemessen sei. Sie kennen die beiden Extrempositionen, die als Antwort auf diese Frage immer wieder aufgezeigt werden: Auf der einen Seite wird empirische Forschung gefordert, messend, zählend, gewichtend, bewertend, also exakt und daher zugleich als positivistisch abgelehnt. Auf der anderen Seite steht Forschung vom Typus der Tiefenhermeneutik - aufzeigend, deutend, sinnsuchend und sinnstiftend - daher von ihren Kritikern als subjektivistisch abgewertet. Die Diskussion ist eher akademisch, denn die meisten praktizierenden Therapeuten verstehen sich weder als Empiriker noch als Tiefenhermeneutiker. Auf dieser Ebene existiert das Junktim sicher nicht. Vielleicht finden wir ein weniger anspruchsvolles Modell von Wissenschaftlichkeit. Für Popper (1987) z.B. bedeutet Wissenschaft die Suche nach einer gültigen Wahrheit, bei der gleichzeitigen Einsicht, daß mehr als ein vorläufiges Meinen oder kühnes Raten nicht erzielt werden kann. In diesem Sinne betreiben solche Menschen Wissenschaft, die sich bemühen, einer Wahrheit näherzukommen und die bereit sind, ihr jeweils gewonnenes Wissen - das immer Vermutungswissen bleibt - jeder kritischen Prüfung von außen zugänglich zu machen bzw. es selbstkritisch in Frage zu stellen. Als ein weiteres Kriterium, das ich besonders wichtig finde, fügt Popper hinzu, daß wissenschaftliche Aussagen in eine möglichst einfache und unprätentiöse Sprache gefaßt werden sollten.

Die jeweils gefundenen Ergebnisse als vorläufige Hypothesen betrachten, sie in eine verständliche sprachliche Form bringen und sie mit intellektueller Bescheidenheit immer wieder kritisch überprüfen - diese Kriterien von Wissenschaftlichkeit wurden für Naturwissenschaften erstellt. Lassen sie sich auch für Sozialwissenschaften allgemein oder für Psychotherapie und Psychoanalyse speziell verwen-

den? Ich sehe nichts, was dem entgegenstünde. Warum sollten psychotherapeutische Wahrheiten nicht klar formuliert und kritisch beleuchtet werden dürfen. Ob das so ist, gilt es zu untersuchen. Wird das Wissen in der Psychotherapie als vorläufige Hypothese vorgetragen oder eher als gültige Wahrheit, wenn nicht gar als verbindliches Dogma? Sind kritische Fragen und Zweifel erwünscht oder verboten? Ist die Sprache eher einfach und verständlich oder nebulös-vieldeutig?

Wahrscheinlich finden wir Beispiele für jede der beiden Alternativen, d.h. für eine kritisch-wissenschaftliche Einstellung und auch für eine eher irrationale Haltung. Die Charakterisierung speziell der Psychoanalyse als mystische Geheimwissenschaft hat Tradition bei ihren Kritikern, wie Lang (1986) aufzeigt. Er zitiert den Psychiater Gruhle, der 1950 äußerte:

"Die Psychoanalyse entspringt einer weltanschaulichen Haltung, ihre Positionen beruhen auf einem Glauben. Die Psychoanalytiker sind Zauberer, Magier, Dichter, sie stehen wie jeder Dichter außerhalb wissenschaftlicher Kritik."

Aber nicht nur ihre Kritiker sehen in der Psychoanalyse eine Erscheinungsform des Irrationalismus, sondern auch Autoren, die sie durchaus positiv bewerten. So kennzeichnet Thomas Mann 1929 (zit. n. Lang 1986) in einer Würdigung Freuds die psychoanalytische Revolution als:

"... das große Zurück ins Mächtige, Heilig-Ursprüngliche, Lebensträchtig-Vorbewußte, in den mythisch-historisch-romantischen Mutterschoß". Oder an anderer Stelle als die Zuwendung zu "dem Chthonischen, der Nacht, dem Tode, dem Dämonischen, kurzum einer vorolympischen Ur- und Erdreligiosität."

Freud selbst benennt in seinen Schriften durchaus die Gefahr, daß die Beschäftigung mit dem Unbewußten, speziell dem Traum, das "Odium der Unwissenschaftlichkeit" mit sich bringt und den "Verdacht einer persönlichen Hinneigung zum Mystizismus" weckt (Freud 1916/17). Er selbst wehrt sich in einem Brief an C.G. Jung vehement dagegen, als Pontifex maximus einer religionsartigen Gemeinschaft angesehen zu werden (Freud u. Jung 1974). Statt dessen ist er um Wissenschaftlichkeit im obengenannten Sinne bemüht: Er spricht eine klare Sprache, betont den Vermutungscharakter seiner Befunde, prüft und revidiert seine Ansätze selbst immer wieder - allerdings ist er wenig zugänglich für Kritik von außen und erst recht nicht von seinen Schülern, die er in besonders gewichtigen Fällen von Ungläubigkeit dann doch nach Art des Pontifex maximus exkommuniziert.

Hier stellt sich also die Frage, ob Psychoanalyse oder Psychotherapie sich nach Art der scientific community anderer Wissenschaften organisieren kann oder ob sie mehr den Charakter einer Glaubensgemeinschaft besitzt.

Wissenschaftliche Sprache

An dieser Stelle möchte ich nochmals die Poppersche Forderung nach der klaren und unprätentiösen Sprache der Wissenschaft aufgreifen.

Bei naturwissenschaftlicher Zielsetzung steht die möglichst eindeutige Vermittlung von Informationen als Aufgabe der Sprache im Vordergrund. Nun ist Psychotherapie aber keine eindeutige Naturwissenschaft, sondern zeigt fließende Übergänge, beispielsweise zur Philosophie. Daher ist es schwierig, die wissenschaftliche Güte eines psychotherapeutischen Textes einzuschätzen; möglicherweise ist etwas, das ich nicht verstehe, philosophisch tiefsinnig und übersteigt mein Fassungsvermögen. Es kann aber auch sein, daß ein Autor nebulöse Gedanken mitteilt, daß er sich stilistisch keine besondere Mühe gegeben hat, oder daß es sich um eine holprige Übersetzung aus einer fremden Sprache handelt. Bei den in den letzten Jahren zunehmenden Veröffentlichungen französischer Autoren in deutscher Sprache, fällt mir diese Unterscheidung manchmal schwer.

Als Beispiel möchte ich einen Satz aus einem sicher guten psychoanalytischen Buch eines deutschen Autors zitieren, der darin Gedanken französischer Analytiker diskutiert. Der Text handelt an dieser Stelle von dem Entwicklungsrisiko, das entsteht, wenn ein Kind die Anerkennung der Kastrationsdrohung verweigert. Der Satz lautet:

"Der hierdurch eingeleitete Prozeß zielt in seiner strukturbezüglichen Verlaufsrichtung infolge der durch diese Negation bewirkten Schwächung und Unterhöhlung der Vaterimago letzten Endes auf die Psychose als des Ereignisses des Zusammenbruchs dieser Imago in ihrer dynamisch strukturellen Funktion des Tertium comperationes, d.h. als des Ereignisses des Verlusts der durch die Vaterimago repräsentierten Fähigkeit des Ich zur Distanzierung aus dem Triebphantasma."

Mir geht es nicht darum, den Sprachstil zu kritisieren, auch wenn eine Serie von zahlreichen Genitiven in einem Satz dazu herausfordert. Statt dessen möchte ich fragen, ob das in sich schon eine wissenschaftliche Mitteilung ist, und wenn ja, mit welchen Methoden dieses Forschungsergebnis gewonnen wurde - oder ob es sich bei diesem Satz um eine Hypothese handelt, deren Wahrheitswert überprüft werden müßte, und wenn ja, mit welchen wissenschaftlichen Mitteln.

Ich will an dieser Stelle nur auf die Problematik aufmerksam machen, ohne sie nun weiter zu verfolgen. Statt dessen möchte ich abschließend auf einen weiteren Aspekt der Sprache hinweisen: sie ist in der Wissenschaft, ebenso wie im täglichen Leben immer gemeinsame Sprache, d.h. Erkennungszeichen in einer Gemeinschaft von Gleichgesinnten. Die Tatsache, daß Computerfreaks, Soziologen, Jugendliche oder Psychoanalytiker ihre eigene Sprachregelung haben, ist nicht nur

ökonomisch, weil man sich rasch in Kürzeln verständigen kann, sondern ist vor allem auch gruppenbildend und abgrenzend nach außen. Wenn also in dem oben zitierten Satz vom Triebphantasma die Rede ist, dann haben alle Kollegen ein Vertrautheitsgefühl, die sich mit diesen Theorien befaßt haben und sich evtl. dieser speziellen psychoanalytischen Richtung zurechnen. Alle anderen dagegen, die das Losungswort nicht kennen, fühlen sich ausgeschlossen; sie müssen sich entscheiden, ob sie das Thema links liegen lassen, oder ob sie nun Anstrengungen unternehmen, Zugang zu diesem ihnen bisher verborgenen Gedankensystem zu erlangen.

Die Aufteilung in Heiler und Forscher

Der Anspruch, Forscher und Heiler in einer Person zu sein, wird offenbar von den meisten von uns als Überforderung erlebt; in der Konsequenz dessen kommt es zu einer Aufspaltung der Funktionen, man ist entweder das eine oder das andere. So scheint es, als stünden wir immer wieder vor der Alternative, uns entweder einer rational-aufklärerischen Haltung zu verpflichten, die alles kritisch in Frage stellt - auch oder gerade die Macht der Ratio selbst - oder uns im Gegensatz dazu in einer romantischen Tradition den archaischen Mächten des Seelenuntersten zuzuwenden, den emotionsbewegten Tiefen des Unbewußten, um von dort, wie es bei Lang (1986) heißt, die "Flötenrufe der Urwelt" zu vernehmen. Die erste Alternative begünstigt eine empirisch-wissenschaftliche Tätigkeit, die zweite fördert das Sich-einlassen-Können auf therapeutische Prozesse. In diesem Gegensatzpaar erscheinen die Forscher als die Aufklärer, die es reizt, Geheimnisse zu entschleiern; auf der anderen Seite erscheinen die Praktiker als Mystiker, denen es darum zu tun ist, in das Geheimnis einzutauchen, daran teilzuhaben und es gläubig zu verehren.

Die vorgenommene Polarisierung läßt schon ahnen, daß beide Gruppen es schwer miteinander haben. Was dem Gläubigen als Beweis gilt, muß den Skeptiker nicht überzeugen. Dem Frommen kündet der Gesang der Vögel das Lob Gottes, auch wenn der Ornithologe darin den Ausdruck von Balzverhalten und Revierverteidigung sieht. Der psychoanalytisch Überzeugte sieht allenthalben das sinnvolle Walten des Unbewußten, auch dort, wo der andere Wissenschaftler zunächst einmal nur "patterns of behavior", z.B. in der Sprache, der Kommunikation und Interaktion registriert.

Aufklärer und Mystiker haben einander wenig zu sagen; wenn zwischen ihnen überhaupt eine Beziehung zustande kommt, dann eine solche des aneinander Vorbeiredens und einander Mißverstehens. Beiden fällt es schwer, den Standpunkt des anderen auch nur probehalber einzunehmen, geschweige denn, ihn interessant zu

finden. Beide beklagen die mangelnde Akzeptanz des anderen und lassen doch selbst unüberhörbar Distanzierungs- und Abwertungstendenzen erkennen.

Wie kommt die Polarisierung zustande? Ich gehe davon aus, daß es sich dabei um eine Spaltung handelt, d.h. um die Veräußerlichung und Personifizierung eines inneren Widerspruchs, den jeder Therapeut in sich trägt. Was die beiden Berufsgruppen miteinander an Schwierigkeiten erleben, spiegelt etwas von dem wider, was jeder einzelne in seinem Inneren an Widersprüchen erfährt. Im folgenden will ich drei Aspekte des Themas ausführen, a) die wechselseitigen Vorurteile der beiden Gruppen, b) ihre Schwierigkeiten, einander zur Kenntnis zu nehmen, und c) ihre Probleme bei der konkreten Zusammenarbeit.

Wechselseitige Vorurteile

Ich beginne mit den beiderseitigen Vorurteilen. Sie liefern ja die Rechtfertigung, den anderen nicht zur Kenntnis zu nehmen und schon gar nicht mit ihm zusammenzuarbeiten. Da es mir nicht darum geht, etwas gegeneinander aufzurechnen, schildere ich die Vorurteile in der bunten Reihenfolge, in der sie mir begegnet sind.

Der Praktiker beneidet den Forscher darum, daß dieser sich mit so etwas Großartigem wie Wissenschaft beschäftigen kann, daß ihm dafür Zeit zur Verfügung gestellt wird, daß er sogar dafür bezahlt wird, und daß generell Geld für solchen Luxus zur Verfügung steht. In unseren Projekten pflegten die Praktiker gegenüber den Forschern nicht selten von "den Forschungsmillionen" zu sprechen, die es auszugeben gelte ("das können Sie doch von den Forschungsmillionen bezahlen"). Demgegenüber haben die Forscher den Eindruck, sie müßten jede Briefmarke per Antrag vorher begründen und hinterher rechtfertigen und verbrächten daher einen ganzen Teil ihrer Forschungszeit mit Verwaltungsaufgaben.

Die Forscher beneiden die Praktiker umgekehrt genauso, z.B. um ihre Unabhängigkeit von Autoritäten und Institutionen und nicht zuletzt um das gute Einkommen, das sie in ihrer Praxis erwirtschaften. Es versteht sich, daß die Praktiker auch dem nicht zustimmen. Sie fühlen sich abhängig von der Ärztekammer, den Kassen, der KV, sie quälen sich pflichtgemäß mit Antragsformularen und sorgen sich, ob ihr Einkommen auch morgen noch gesichert sein wird.

Das größte Problem liegt in den Entwertungstendenzen. Der Forscher läuft Gefahr, den Praktiker als jemanden zu entwerten, der ganz und gar subjektiv arbeitet, unwissenschaftlich, willkürlich, nur den eigenen Größenideen verpflichtet.

Die umgekehrte Entwertung, die der Praktiker am Forscher vornimmt, lautet, dieser sei weltfremd, er arbeite im Höhenflug oder Elfenbeinturm an Themen, die

keinerlei praktische Bedeutung hätten. Zwei besonders hartnäckige Entwertungstechniken des Praktikers treiben den Forscher zur Verzweiflung: Die eine lautet, "das, was der Forscher hier als Ergebnis mitteilt, haben wir immer schon gewußt, haben wir schon vorher so gemacht, das sagt uns schon der gesunde Menschenverstand." Die zweite Relativierung heißt: "Das kann zutreffen, was das Forschungsergebnis behauptet, aber ich habe auch schon das Gegenteil erlebt, ich hatte einmal einen Patienten, der ...", und es folgt der kasuistische Beweis, daß es im klinischen Raum ganz anders aussieht, als es der Forscher vermutet hat.

Im psychoanalytischen Rahmen, in dem die Theorie und Methodik ein besonderes Gewicht besitzen, erleben wir die wechselseitige Abwehr von Forschung und Praxis oft besonders ausgeprägt. Psychoanalyse handelt vom Unbewußten, von Phantasien, Träumen und menschlichen Antinomien. Wer hier empirisch arbeitet, versucht, wie es in einem Gedicht von Rainer Kunze heißt: "Die Mathematik auf die Träume anzuwenden", also das Unberechenbare rechenbar zu machen.

Darüber hinaus ist Psychoanalyse in ihrem Selbstverständnis eine Kulturwissenschaft, sie spricht, wie Parin und Parin-Matthey (1988) meinen, vom revoltierenden Subjekt, das im subversiven System der Psychoanalyse gegen die Macht der Verhältnisse aufsteht. Wer es wagt, hier empirisch zu forschen, den trifft der Vorwurf des Medicozentrismus. Wenn die Forschung zusätzlich mit öffentlichen Geldern finanziert wird, ist man schnell mit der Unterstellung bei der Hand, der Forscher habe sich verkauft und sei ein Büttel des Systems.

Psychoanalyse stellt, um einen dritten Aspekt zu nennen, in ihrem Selbstverständnis die Wissenschaft vom einmaligen menschlichen Subjekt dar und ist so gesehen eine spezielle Anthropologie. In diesem Feld quantitativ und empirisch zu arbeiten, bedeutet z.B. nach der Auffassung von Wyss (1988) eine "Destruktion der menschlichen Person"; die Methode ist, so wettert er weiter, eine "pseudowissenschaftliche Korrelationsakrobatik", das ganze erscheint ihm als eine "an der modernen Rattenpsychologie orientierte Konfabulation".

Für den Forscher, der sich an die Psychotherapie heranwagt, ist die Welt voller Fettnäpfchen. Um sie umgehen zu können, muß er erst einmal herausfinden, welches Selbstverständnis die beteiligten Psychotherapeuten haben: Manche verstehen sich als Psychotechniker und Handwerker, andere als Heiler, Therapeuten oder Ärzte, wieder andere als kritische Gesellschaftswissenschaftler oder Revolutionäre, es gibt Künstler und Ästheten, andere verstehen sich als Philosophen unterschiedlicher Richtungen oder als psychologische Spezialisten, z.B. als Tiefenpsychologen. Nach meiner Erfahrung ist die Zusammenarbeit um so schwieriger, je ausgeprägter ein solches Selbstbild besteht bzw. Forschung läßt sich leichter realisieren, wenn der Therapeut sich ganz allgemein für Menschen interessiert und sich *therapeutisch* für sie engagiert, ohne daraus eine Weltanschauung zu machen.

Von Schwierigkeiten, die Ergebnisse der anderen zur Kenntnis zu nehmen

Gehen wir einmal davon aus, daß es beiden Gruppen gelungen ist, ihre Vorurteile zu überwinden und sich der Arbeitsweise und den Ergebnissen der jeweils anderen Gruppe zuzuwenden, dann begegnen uns neue Hindernisse. Daß die Welt der Therapeuten für die Forscher schwer verständlich ist, wurde soeben aufgezeigt. Umgekehrt bleibt auch die Welt der Forschungsergebnisse dem Praktiker häufig verschlossen. Das liegt vor allem an der Art der Ergebnismitteilung. Für viele Forscher gewinnt die Genauigkeit der Methodik und die Absicherung der quantitativen Ergebnisse ein starkes Übergewicht. Es wird dann viele Seiten lang diskutiert, welche Skala bei welcher Stichprobe mit welcher Berechtigung angewendet wurde, welche statistischen Auswertungsmethoden zu welchen Ergebnissen geführt haben, welche statistische Absicherung welche verallgemeinernde Aussage erlaubt. Das ganze wird in endlosen Tabellen und Graphiken mit zahlreichen Abkürzungen dargestellt.

Es ist daher nur zu verständlich, wenn ein praktizierender Kollege sagt: "Die meisten Publikationen bleiben bei den Korrelationskoeffizienten stehen" oder ein anderer, "wenn die Tabellen anfangen, schlage ich die Zeitschrift zu". Das Problem scheint mir darin zu liegen, daß die Ergebnisse, z.B. in Gestalt von Korrelationskoeffizienten, nicht auf den Boden der klinischen Tatsachen zurückgeholt und dort in ihrer Bedeutung diskutiert werden. An dieser Stelle müßte der Forscher zurücktreten und der Praktiker zu sprechen beginnen.

Die Schwierigkeit des Forschers, sich verständlich zu machen, hat sicher auch mit dem traditionellen Ideal von Forschungsberichten zu tun. Es gehört sich, daß sie in einer komplizierten Sprache gehalten sind, immer wieder das Für und Wider abwägen und sich nicht festlegen, daß sie mit Literaturhinweisen gespickt sind und somit den maßgeblichen wissenschaftlichen Autoritäten der Gegenwart und der Vergangenheit ihre Referenz erweisen. Den völligen Kontrast zu diesem abendländischen Wissenschaftsideal habe ich kürzlich in einer amerikanischen Zeitschrift, dem "Scientific American" gesehen. Das ist zwar eine halbwegs populärwissenschaftliche Zeitschrift, aber ich war doch beeindruckt von der Unbefangenheit, mit der ein prominenter Vertreter einer psychoanalytischen Forschergruppe in den USA seine Ergebnisse vorstellte. Die Arbeit trägt den Titel "Unconscious mental functioning" (Weiss 1990) und berichtet von empirischen Untersuchungen über psychotherapeutische Deutungsstrategien. Die verwendeten Skalen und Instrumente werden zwar namentlich genannt, jedoch gibt es keine Ergebnistabellen oder Methodenerörterung. Vielmehr - und das fand ich am eindrucksvollsten - werden die wichtigsten Ergebnisse in Comic-Zeichnungen dargestellt, in denen der Therapeut und die Patienten ihre Äußerungen in Sprechblasen loslassen und die neu gewon-

nene Einsicht der Patienten durch eine aufleuchtende Glühbirne illustriert wird. Soviel über die Schwierigkeiten und Möglichkeiten, sich einander verständlich zu machen.

Über die Schwierigkeiten von Forschern und Praktikern, miteinander zu arbeiten

Wenn sich Forscher und Praktiker auf ein gemeinsames Arbeiten einlassen, müssen sie wiederum eine Reihe von Problemen miteinander lösen. Eine unerläßliche Voraussetzung für den Forscher ist es, eine Aussage konsensfähig zu machen, d.h. er muß zunächst einmal überprüfen, ob unterschiedliche Therapeuten einen Sachverhalt übereinstimmend wahrnehmen und beurteilen. Er kann also ein Phänomen, wie z.B. den Abwehrmechanismus der Projektion, nur dann untersuchen, wenn etwa 7 von 10 Therapeuten eine sprachliche Äußerung des Patienten als Projektion interpretieren. Bekanntlich scheitern an solchen Konsensus-Problemen viele Forschungsvorhaben, weil z.B. eine Patientenmitteilung im engeren oder weiteren Kontext der Therapie auch ganz anders interpretiert werden kann, weil überhaupt jede sprachliche Äußerung sehr Verschiedenes gleichzeitig meint und von daher der Sinn einer Mitteilung schwer zu erhärten ist.

Im Gegensatz zum Forscher kann der Praktiker mit dieser Vieldeutigkeit gut leben und arbeiten; er geht davon aus, daß jeder Patient, jeder Therapeut und jede ihrer Begegnungen subjektiv und einmalig ist und sich darin nur begrenzt etwas objektivieren läßt. Entgegen dieser Subjektzentriertheit macht er gleichzeitig die Annahme, daß Therapeuten wissen, was gemeint ist und auch darin übereinstimmen, wenn sie z.B. von Konstrukten reden, wie projektive Identifizierung, therapeutische Ich-Spaltung, hysterische Persönlichkeitsstruktur, oder was auch immer. Der Praktiker unterstellt also Übereinstimmung, obwohl er weiß, daß es faktisch keine gibt; der Forscher muß versuchen, Übereinstimmung herbeizuzwingen, obwohl auch er weiß, daß das nur begrenzt möglich ist. Das Konsensusproblem verlangt, daß wir uns darüber einigen, worüber wir reden. Ich möchte aus meiner Erfahrung betonen, daß diese Aufgabe schwer zu lösen ist, aber für alle Arbeitsgruppen, die sich ihr zuwenden, ein faszinierendes Diskussionsthema darstellt, das wie kaum ein anderes die eigenen Denkschemata klären hilft und gerade in dieser kritischen Selbstreflexion wissenschaftlich anregend wirkt.

Ein zweites Problem der Zusammenarbeit möchte ich erwähnen, das mehr auf der Seite der Praktiker liegt: Sich auf Forschung einlassen, heißt für den Psychotherapeuten, etwas, das bisher in der Abgeschiedenheit der privaten Praxis und des geschlossenen Therapieraumes stattfand, nun in irgendeinem Maße öffentlich zu

machen. Vielleicht sind es Fragebögen und Tests, die als fremdes Drittes in die therapeutische Dyade eindringen, vielleicht sind es Tonbandaufnahmen oder gar Videoaufzeichnungen, u.U. sogar eine dritte Person, die leiblich anwesend ist.

Zudem müssen die Therapeuten nun entgegen ihren eigentlichen Gepflogenheiten Absichten an die Patienten herantragen, ihre Zustimmung für das Forschungsvorhaben erbitten, ihnen gelegentlich Fragebögen vorlegen oder sich mit ihnen zusammen in irgendeiner Weise von außen beobachten lassen. Es ist psychoanalytisch nicht schwierig, die Dynamik des Beobachtetwerdens aufzuschlüsseln. Da geht es unbewußt und bewußt um das Sich-zeigen oder Sich-verbergen, um die Lust und die Scham des Beobachtetwerdens, um die Idee von Autorität und Kontrolle, die nach Art mächtiger Eltern-Imagines Bewertungen vornimmt und über richtig und falsch entscheidet. Eine Kollegin berichtete, daß sie sich nach dem ersten Proberating wie nach einer Klassenarbeit fühlte und angesichts ihrer Einschätzabweichungen vom Gruppendurchschnitt kurzfristige Einbrüche ihres Selbstwertgefühls erlitt und dachte, sie sollte ihren Beruf lieber aufgeben. Wahrscheinlich gelingt es am ehesten, mit dieser heiklen Situation fertig zu werden, wenn die Therapeuten nicht allzusehr narzißtisch kränkbar sind und die Forscher es vermeiden können, als das wandelnde Über-Ich aufzutreten. Die Zusammenarbeit gelingt auch leichter, wenn keine institutionelle Abhängigkeit zwischen den Mitgliedern der Gruppe besteht, sondern eine freiwillige Zusammenarbeit. Es ist manchmal schwer zu erkennen, ob die Klinikmitarbeiter paranoid reagieren oder berechtigte Befürchtungen vor der Kontrolle der Klinikleitung haben. Die Notlösung, sich ganz auf die Beobachtung des Patienten zu konzentrieren und den Therapeuten und die therapeutische Beziehung so weit als möglich herauszulassen, ist sicher wenig wünschenswert, da sich inzwischen gezeigt hat, daß sich die prognostisch und therapeutisch wichtigen Entwicklungen eben an der Patient-Therapeut-Beziehung und nicht an der Person des Patienten allein festmachen.

Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Praktikern und Forschern

Jeder von uns kennt wahrscheinlich genügend Beispiele dafür, daß Forscher und Praktiker nicht zueinander gekommen sind, daß z.B. Kliniken und Forschungsabteilungen in völliger Abgrenzung nebeneinander herleben. Im Kontrast dazu möchte ich mich auf eigene positive Erfahrungen beziehen, die ich in einer jahrelangen Forschungskooperation von etwa 50 Kollegen aus psychotherapeutischen Praxen, Universitätskliniken, Psychosomatischen Kurkliniken und Psychosomatischen Konsiliarabteilungen machen konnte (Rudolf et al. 1988a; Rudolf 1990).

Ich will dabei nur kurz zusammenfassen, welche Momente dazu beigetragen haben, den oft erwähnten Graben zwischen Praxis und Forschung zu überbrücken. Das wichtigste dabei scheinen mir die Motivationen der Praktiker zu sein.

Das Interesse, selbst Forschung zu treiben, wurde von ihnen als eher gering eingestuft, was ja nicht ausschließen muß, daß bei denen, die nicht selbst wissenschaftlich tätig sind, ein gewisser Ehrgeiz angesprochen werden kann.

Persönliche Verbindungen zu Kollegen, die aus der Weiterbildung, aus gemeinsamen Klinikzeiten oder sonstigen Aktivitäten miteinander bekannt waren, erleichterte die Zusammenarbeit.

Viele Kollegen sahen in dem gemeinsamen Vorhaben eine Chance, angesichts der immer wieder von außen angezweifelten Psychotherapie einen Beitrag zu deren wissenschaftlicher Fundierung zu leisten, indem sie ihre Einzelfallerfahrungen zu einer großen Gesamterfahrung zusammentragen. Der Beweis, daß Psychoanalyse doch sinnvoll und effektiv sei, war an die Medizin ganz allgemein, dann an die engeren Nachbargruppen wie Nervenärzte gerichtet und, wie manche schließlich merkten, auch als Gegengewicht gegen eigene und ganz persönliche Zweifel eingesetzt worden.

Die meisten Mitwirkenden erlebten den starken Wunsch, besser verstehen zu können, wie sie in ihrer eigenen Praxistätigkeit mit ihren Patienten umgehen. Sie wollten die eigene therapeutische Arbeit kritisch überprüfen und ein klares Bild davon gewinnen, wie ihre Patienten sich im Verlauf entwickeln.

Diese basale Motivation der Mitwirkenden wurde von uns in zahlreichen und das ganze Projekt begleitenden Sitzungen immer wieder aufgefrischt, wobei insbesondere alle Beteiligten über das Forschungsdesign, das praktische Vorgehen, die Auswahl der Instrumente, die Interpretation der Ergebnisse mitbestimmen konnten. Kooperative Forschung ist also immer auch ein soziales Ereignis und hat nach meiner Überzeugung nur als solches eine Überlebenschance. Das, was wir über den Aufbau und die Effektivität einer Patient-Therapeut-Beziehung gelernt haben, gilt nicht minder für kollegiale Arbeitsbeziehungen, sie müssen mit ziemlichem Aufwand von allen Seiten entwickelt und gepflegt werden.

Forschungsergebnisse, die für die Praxis relevant sind

Eingangs war davon die Rede, daß es wenig gibt, was aus der Forschung in die Praxis verändernd hineinwirkt. Ich möchte daher abschließend aus der Vielzahl der Forschungsaktivitäten (Überblick s. Thomä u. Kächele 1984; Hoffmann 1987; Ahrens u. Richter 1990) einige Ergebnisse anführen, von denen ich glaube, daß sie es verdienten, von der Praxis registriert zu werden. So möchte ich zu Beginn die

Differenzierungen der Therapieergebnisforschung erwähnen. Sie kennen die alte Frage, "bringen Psychotherapien überhaupt etwas?" und das zunächst befriedigende Ergebnis der Psychotherapieforschungen, "ja, es ist unbezweifelbar, daß sie einen deutlichen Erfolg haben". Mit wachsender Zahl der Forschungsergebnisse wuchs wieder die Unzufriedenheit darüber, daß letztlich alle Therapien etwa das gleiche Ergebnis aufweisen, eine Feststellung, die v.a. durch die zusammenfassenden Metaanalysen der in der Literatur mitgeteilten Untersuchungsbefunde erzielt wurde. Neu ist demgegenüber die Beobachtung, daß es heute nicht mehr darum geht, die globalen Effekte von Therapie zu vergleichen, sondern daß die Therapieforschung in der Lage ist, die unterschiedlichen Wirkungen verschiedener Therapietypen zu differenzieren. So zeigten z.B. die Untersuchungen von Grawe (1988), daß verschiedene Psychotherapien zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihre Effekte in unterschiedlichen Persönlichkeitsbereichen erkennen lassen, während diese Differenzierungen völlig verloren gehen, wenn lediglich ein Globalmaß der Besserung erfaßt wird.

Ähnliche Differenzierungen finden wir im Bereich der Indikationsforschung. Hier herrschte aufgrund der Forschungsergebnisse zunächst der Eindruck, the rich get richer, d.h. die schon halbwegs gesunden Patienten erhalten die differenziertesten Therapieangebote, und je kränker ein Patient ist, desto weniger Therapiechancen werden ihm eingeräumt. Inzwischen haben wir z.B. auch in unseren eigenen Untersuchungen zu sehen gelernt, daß Patienten mit unterschiedlicher sozialer Herkunft und unterschiedlichen Krankheitsverläufen durchaus auch unterschiedliche Heilungserwartungen mitbringen, und daß diese subjektiven Therapiekonzepte des Patienten entweder zu dem Therapieangebot des Psychotherapeuten passen oder im Widerspruch stehen (Rudolf et al. 1988b).

Auch hier sehen wir wieder, daß es nicht um Eigenschaften des Patienten geht, sondern um Prozesse, die sich zwischen ihm und dem Therapeuten abspielen. Auf diesem Feld der Beziehung zwischen Patient und Therapeut hat die Psychotherapieforschung heute ihre stärksten Aktivitäten. Thomä und Kächele (1984) sehen in dieser Forschung, die sich mit dem Austausch zwischen Patient und Therapeut befaßt, eine Art klinischer Grundlagenforschung. Wenn wir aus den letzten Jahren die Tagungsprogramme der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapieforschung SPR durchlesen, so sehen wir, daß ein Großteil der jeweils rund 200 Referate einer Tagung sich Themen widmet, die das prozeßhafte Geschehen zwischen den beiden Therapiepartnern zum Gegenstand haben.

Die übrigen Aspekte von Therapieforschung, Ergebnisforschung, Indikationsforschung gewinnen jetzt im Kontext des therapeutischen Prozesses eine neue Bedeutung. Indem sich der Blick von der Person des Patienten zu dem Wechselspiel der Interaktion verschiebt, tritt auch die Persönlichkeit des Therapeuten stärker in den Blickpunkt der Forschung. Gegenwärtig herrscht in der Psychotherapieforschung der Eindruck, man habe nun das ureigenste Thema der Psychotherapie auf-

gegriffen und versuche, sich dem wesentlichen Kern des therapeutischen Geschehens zu nähern. Die Arbeitsgruppe von Luborsky (1976) hatte bereits vor einigen Jahren Untersuchungen vorgelegt, welche die Bedeutung des Beziehungsaspekts unter dem Stichwort der "helping alliance" in den Mittelpunkt rückten. Inzwischen wurden zahlreiche Untersuchungsinstrumente zur Einschätzung der therapeutischen Beziehung entwickelt und entsprechend umfangreiche Studien durchgeführt. Auch wir haben in der Berliner Psychotherapiestudie diesem Thema besondere Aufmerksamkeit geschenkt, dem Zustandekommen der Beziehung, der Zusammenarbeit in der Beziehung und den therapeutischen Veränderungsprozessen im Rahmen des therapeutischen Beziehungsgefüges. Nach unseren Ergebnissen handelt es sich darum, daß beide Partner die Überzeugung entwickeln müssen, daß sie selbst und ihr Gegenüber für das gemeinsame Therapievorhaben geeignet seien und daß sie sich dabei auf ein Gefühl der persönlichen Wertschätzung für den anderen stützen können. Der Patient muß zu der Überzeugung gelangen, daß der Therapeut ihm mit seinen Mitteln helfen kann; umgekehrt muß der Therapeut den Eindruck festigen, daß der Patient jemand ist, dem er helfen kann und den er als Person so weitgehend zu akzeptieren vermag, ferner daß er selbst zur therapeutischen Hilfe motiviert ist. Letztlich müssen also beide Partner die gleiche Sicht von der Problematik und die gleiche Lösungsperspektive erarbeiten.

Das, was wir früher als Eigenschaften des Patienten zu sehen gewohnt waren, etwa als eine Motiviertheit, Beziehungsfähigkeit, Kooperationsbereitschaft, Einsichtsfähigkeit, erscheint uns aufgrund neuerer Einsichten als das Ergebnis interaktioneller Prozesse, d.h. wechselseitiger Zuschreibungen und Selbstdefinitionen im Rahmen eines Aushandlungsgeschehens.

Aus dieser Perspektive können wir auch die Störmomente des Beziehungsaufbaus besser identifizieren. Unterstellen wir einmal auf seiten des Therapeuten die grundsätzliche Motivation, eine therapeutische Beziehung einzugehen, als Ergebnis persönlicher Entwicklung und institutioneller Schulung, dann lassen sich einige Störeinflüsse auf seiten des Patienten abgrenzen. Je prinzipieller der Patient zweifelt, ob er überhaupt jemandem vertrauen soll oder ob überhaupt jemand ihm helfen könne, desto schwieriger wird es ihm, sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen und sie durchzuhalten. Umgekehrt haben wir bei jenen Patienten, die in ihrer Lebensgeschichte irgendwo eine positive Beziehungserfahrung verinnerlichen konnten, gesehen, daß diese Einstellung auch für den Aufbau und das Durchhalten einer therapeutischen Beziehung von entscheidender Tragweite sein kann.

Ein weiteres Problem auf seiten des Patienten ist ein passiver Anspruch, aktive Hilfe und äußere Veränderung, etwa im Sinne einer Wiedergutmachung zu erhalten. Diese Einstellung, die nicht selten mit passiv-oralen Haltungen, d.h. mit Suchttendenzen verbunden ist, führt häufig zu Fixierungen an somatisch-medizinische Behandlungsverfahren, einschließlich Medikamentenverordnung, Operationen, letztlich auch Berentung. Hier kommt es fast regelhaft zu einer massiven Diskre-

panz der Problemlösungs- und Krankheitskonzepte und der Behandlungsansätze auf seiten von Patient und Therapeut, so daß diese Merkmale bereits die Indikation zur Psychotherapie beeinflussen. In solchen Fällen wird in der Regel der Versuch stationärer Therapie unternommen, während ambulante Maßnahmen häufig aussichtslos erscheinen.

Wir haben zeigen können, daß die Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit und damit in gewissem Umfang auch das Therapieergebnis von diesen Faktoren deutlich beeinflußt wird. Zu den Befunden, die mich mit am meisten beeindruckt haben, gehört die Feststellung, in welchem Umfang Patienten und Therapeuten unterschiedliche Vorstellungen vom gleichen Sachverhalt haben. Auch wenn es ihnen gelungen ist, eine gute Arbeitsbeziehung zu entwickeln, kann es doch sein, daß sie z.B. über das Behandlungsergebnis sehr verschiedener Meinung sind. Nur rund 60 % der Patienten und Therapeuten unserer Studie kommen zu einem übereinstimmenden Ergebnis, wenn sie den Behandlungserfolg in relativ groben Kategorien einschätzen sollen.

Alle diese Forschungsergebnisse lassen sich hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz auf einen Punkt zusammenführen. Wenn jemand erfolgreich therapeutisch arbeiten will, muß er alle seine Aufmerksamkeit auf den frühen Aufbau der therapeutischen Beziehung richten. Bereits in den ersten diagnostischen Sitzungen treten alle Beziehungselemente zutage, und es gilt jene zu fördern und hervorzuheben, die die therapeutische Beziehung stabilisieren, und jene frühzeitig anzusprechen und zu bearbeiten, welche die Beziehung zu sprengen drohen.

Schlußbemerkungen

Unser Ausgangspunkt war, daß Forschung und Praxis wenig - viel zu wenig - Kontakt zueinander haben. Da es mir wichtig scheint, diesen Kontakt zu fördern, habe ich zunächst versucht, die Schwierigkeiten, die beide Gruppen miteinander erleben, herauszuarbeiten. An einem Beispiel aus eigener Erfahrung der Zusammenarbeit von Praxis und Forschung wollte ich aufzeigen, daß ein solcher Kontakt durchaus möglich und für beide Seiten produktiv ist. Anhand der zuletzt aufgeführten Forschungsergebnisse sollte verdeutlicht werden, wie interessant und praxisrelevant Ergebnisse wissenschaftlicher Studien sein können.

Wenn sich also in den ersten 40 Jahren des Berichtszeitraumes sowohl Praxis als auch Forschung sehr gut, aber weitgehend voneinander unabhängig entwickelt haben, dann wäre mein Wunsch für die nächsten 40 Jahre, daß sie sich aufeinander zubewegen. Man könnte den Wunsch auch durch eine Warnung unterstreichen: wenn es ihnen nicht gelingt, sich aufeinander zuzubewegen, dann haben wir den

Zenit der Entwicklung auf beiden Gebieten bereits hinter uns und können unser Interesse auf die Blüte anderer Wissenschaften richten.

Da Drohungen bekanntlich völlig wirkungslos sind, um etwas zu bewirken, möchte ich abschließend einen anderen Vorschlag machen: Praktizieren Sie, sofern Sie Praktiker sind, oder forschen Sie, sofern Sie Forscher sind, aber lassen Sie sich auf keinen Fall von der anderen Gruppe in irgendeiner Weise verwickeln. Am besten vermeiden Sie jeden Kontakt und nehmen die Gegenseite gar nicht zur Kenntnis. Diese letzte Äußerung mache ich (halb) ernst gemeint, nicht als Forscher, sondern als Praktiker; es handelt sich dabei, wie Sie wissen, um eine therapeutische Intervention und zwar um die paradoxe Verschreibung; diese ist zwar den Forschern ein Rätsel, aber sie gilt therapeutisch als ultima ratio in dem Bemühen, festgefahrene Strukturen zu mobilisieren.

Literatur

Ahrens S, Richter R (1990) Zur Forschungsaktivität des Fachgebietes Psychosomatik/Psychotherapie an den Hochschulen der Bundesrepublik - eine Bestandsaufnahme 1978 - 1988. Psychother Psychosom Med Psychol 40 : 1-7

Freud S (1912) Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. Gesammelte Werke, Bd 8. Fischer, Frankfurt am Main (1966ff.)

Freud S (1926) Nachwort zur "Frage der Laienanalyse". GW Bd 14

Freud S , Jung CG (1974) Briefwechsel. Fischer, Frankfurt aM

Grawe K (1988) Psychotherapeutische Verfahren im wissenschaftlichen Vergleich. Prax Psychother Psychosom 33 : 153-167

Hoffmann SO (1987) Forschungstendenzen im Bereich von Psychotherapie und Neurosenlehre in den letzten 15 Jahren - ein persönlicher Eindruck. Psychother Med Psychol 37 : 10-14

Lang H (1986) Die Sprache und das Unbewußte. Suhrkamp, Frankfurt aM

Luborsky L (1976) Helping alliances in psychotherapy. In: Claghorn JL (ed) Successful Psychotherapy. Brunner & Mazel, New York, pp 92-116

Parin P, Parin-Matthey G (1988) Subjekt im Widerspruch. Athenäum, Frankfurt aM

Popper KR (1987) Auf der Suche nach einer besseren Welt. Piper, München Zürich

Rudolf G (1990) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Rudolf G , Grande T , Porsch U (1988a) Die Berliner Psychotherapiestudie. Indikationsentscheidung und Therapierealisierung in unterschiedlichen psychotherapeutischen Praxisfeldern. Z Psychosom Med Psychoanal 34 : 2-18

Rudolf G, Grande T, Porsch U (1988b) Die initiale Patient-Therapeut-Beziehung als Prädiktor des Behandlungsverlaufs. Z Psychosom Med Psychoanal 34 : 32-41

Thomä H , Kächele H (1984) Bemerkungen zur Lage der psychoanalytischen Forschung in der BRD. In: Häfner H (Hrsg) Forschung für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihre Probleme in der Bundesrepublik Deutschland. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Weiss J (1990) Unconscious mental functioning. Scientific American, March 90, pp 75-83

Wyss D (1988) Neue Wege in der psychosomatischen Medizin. In: Rechenberger HG, Werthmann HV (Hrsg) Psychotherapie und innere Medizin. Pfeiffer, München

Perspektiven und Visionen

Helmut Enke

In diesem Beitrag wird *Psychotherapie - Futurologie* betrieben werden; dies unter Inkaufnahme der damit verbundenen, auch problematischen Implikationen.

Um den *Aufbau* der nachfolgenden Ausführungen zu erklären, gestattet sich der Autor den autobiographischen Rückbezug auf das Thema seines Abituraufsatzes: "Familie, Heimat, Volk und Vaterland, Welt und Menschheit, Gott - gesehen im Bilde konzentrischer Kreise um das Ich". - Auch jetzt sei vom Naheliegenden, teilweise dem Jetzigen, dem bald zu Erwartenden ausgegangen, sodann wird versucht, in ihren Diameter immer weiter werdende Kreise zu ziehen.

Entbehrlichkeit - Unentbehrlichkeit

Vor einigen Jahren hatte ich schon einmal Anlaß, künftige Entwicklungen der Psychotherapie zu reflektieren. Es waren u.a. *zwei* Propositionen aufgestellt worden: Die erste behauptete eine *Entbehrlichkeit der meisten Psychotherapien*, die zweite scheinbar das Gegenteil, die *Unentbehrlichkeit der Psychotherapie an sich*.

Im Blick auf die *Entbehrlichkeit* war nicht nur gedacht worden an die eingeschränkten Überlebenschancen und die Überflüssigkeit so vieler psychotherapeutischer Einzelverfahren, nicht nur an die möglich werdende Eindämmung des 'Psycho-Marktes' mit seinen kommerziellen Bedarfs-Weckungs-Arrangements, sondern an die Konsequenzen dessen, was man - bezogen auf unseren Kultur- und Zivilisationskreis [1] mit Fug und Recht *"soziale Aufklärung"* genannt hat.

Die mit der sozialen Aufklärung verbundenen Vorgänge sind bekanntlich bereits heute äußerst wirksam und drängen auf weitere Entfaltung.

---

[1] Und auf diesen muß sich dieses Referat im wesentlichen begrenzen

Erinnert sei zunächst an einen ganz einfachen, fast schon selbstverständlichen Tatbestand, an die sich progredient erweiternde Lizenz zu *Selbstdiagnose* und *Selbstmedikation*. (Als ich junger Assistent war, galt jemand, der es unternahm, seinen Blutdruck selbst zu messen, noch als erbarmungswürdiger Hypochonder.)

Es ist natürlich in erster Linie hinzuweisen auf die *Selbsthilfeaktivitäten*, speziell die *Selbsthilfegruppen*.

Daß die psychotherapie-relevanten Selbsthilfe-Aktivitäten *ein* Ausfluß einer in der gesamten Sozietät wachsenden Fähigkeit zu sozialen Initiativen ist, wurde eindrucksvoll durch die historischen Ereignisse des Jahres 1989 belegt: Zeigten doch hier, im Bicentenaire, dem 200. Jahrestag der französischen Revolution, die mitteleuropäischen Völker bewegend-eindrucksvoll, wie 'sozial aufgeklärte' Revolutionen stattfinden können.

Es ist nicht unwahrscheinlich, daß es in weiterer, aber absehbarer Zukunft vielen Psychotherapierenden so ergehen wird wie es schon heute viele Gruppendynamiker/innen empfinden: Sie klagen darüber, daß sie vor 20 Jahren (im Gefolge von 1968) als "Profis" allenthalben gebraucht worden waren und sich heute mit der Beobachtung von ohne sie stattfindenden und erfolgreichen sozialen Initiativen trösten müssen.

Im Zuge der besagten Entwicklungen könnte also längerfristig vieles an *professioneller Psychotherapie entbehrlich* werden.

Dieser Behauptung stand die andere von der *Unentbehrlichkeit der Psychotherapie an sich* gegenüber. Für diese Proposition dienen nicht (mehr) die sozialen, sondern (vielmehr) die *technologischen Entwicklungslinien* als Argumentationsbasis. Angesichts des mit Sicherheit weiterhin stürmischen Fortschreitens der Mikroelektronik, des Computerwesens, der damit verbundenen Automatisationen, der derzeitigen und zukünftigen Roboter-Generationen wird sich weiterhin und allenthalben die Frage stellen, wo sinnvollerweise menschliche Hand- und Denkarbeit(!) durch Apparate zu ersetzen ist. Dabei ist ausdrücklich auch die durchaus absehbare Entwicklung pseudo-intelligenter Computer zu berücksichtigen, von Denkmaschinen, deren Kombinationsmöglichkeiten so reichhaltig und umfassend sind, daß sie etwas durch Abruf aus der Fülle der Kombinationsmöglichkeiten leisten können, das einer 'Kreativität' sehr ähnelt, (aber - natürlich - keine Kreativität *ist*).

Heilkunde und Medizin sind bereits jetzt eminent betroffen und werden es weiter sein. Computerdiagnostik (z.B. im Labor) ist heute schon durchweg exakter und weithin auch valider als manuell-kognitive Diagnostik.

Die medizinischen Sparten sind zunehmend mit der Frage konfrontiert, welche ihrer Bestandteile oder ob sie vielleicht sogar als Ganzes (!) durch Automatisation ersetzt werden (können, müssen).

Jene Bereiche, jene Sparten, jene Fächer aber, in deren Zentrum die Einmaligkeit (also auch ausdrücklich: die Nicht-Wiederholbarkeit) von Handlungen und Kognitionen steht, werden nie durch Automatisationen ersetzt werden können. Dieses gilt für die Zentralbereiche der Chirurgie ebenso wie für jene der Psychotherapie.

Psychotherapie - definitionsgemäß (in Anlehnung an Strotzka 1983) als *heilsame Kommunikationsgestaltung* - ist bekanntlich angewiesen auf Einmaligkeit, Jeweiligkeit und Totalität: Einmaligkeit der zwischenmenschlichen Beziehung und ihrer Träger, Jeweiligkeit des Moments im Zeitablauf vieler Momente, Totalität der humanen Präsenz: Denken, Fühlen, Lieben, Hassen, Körper.

Dies ist keine "hermeneutische" Behauptung. Je weiter die sich dem Zählen, Messen, der Exaktheit verpflichtete *empirische Psychotherapieforschung* entwickelt, um so mehr bestätigt sie mit ihren Methoden die zentrale Bedeutung von Einmaligkeit, Jeweiligkeit und Totalität, z.B. bei der Präparierung der psychotherapeutischen Wirkfaktoren.

In der Totalität der Jeweiligkeit ist, wenn auch mit der Flüchtigkeit des Augenblicks, die *Leib-Seele-Scheidung* aufgehoben. -

Für die obwaltende Bewußtheit gilt ja noch das Verdikt von Max Hartmann über den 'Leib-Seele-Hiatus', der zwar selbstverständlich *eigentlich* nicht existiert, keine 'Entität' ist, wohl aber eine "unüberbrückbare Erkenntnisscheide" markiert. Das adynamischstatische ("lineare") Denken führt ja auch zu den sattsam bekannten Problemen, welche die Psychotherapie heute sowohl in der Theorie wie in der Praxis mit der Körperlichkeit des Menschen hat. Es ist zuzugeben, daß die aktuelle Psychophysiologie das dynamische ('zyklische') Vor-Denken (V.v. Weizsäcker) noch nicht umzusetzen vermag. Dennoch sind ihre Bemühungen zukunftsträchtig und sie bedarf der entschiedenen Förderung, damit, wenn die Denkschwelle überwunden sein wird, die Erkenntnis-Bausteine bereitliegen.

An die Stelle der Begriffe Einmaligkeit, Jeweiligkeit und Totalität könnte man auch jenen des den psychotherapeutischen Vorgang ausmachenden '*schöpferischen Augenblick*s' setzen. Hier handelt es sich um *echte* Kreativität. Und eben diese kann durch Computer nicht ersetzt werden. Dies alles bedingt für die 'Psychotherapie an sich' eine fortdauernde Unentbehrlichkeit im Rahmen einer sich wie auch immer entwickelnden Heilkunde.

In ihrem Kernbestand folglich ungefährdet sollte die Psychotherapie nur ihrerseits aber die technologischen Entwicklungen für sich aufgreifen und nutzen, noch vorhandene Angst bewältigend.

Technologie für Psychotherapie

Die Speicher- und Kombinationskapazitäten von Datenverarbeitungssystemen können für die Belange der Psychotherapie (und zwar *nicht nur* im Wissenschaftsbereich) prinzipiell gar nicht groß genug sein.

Dies ist zu begründen, wofür an dieser Stelle zwei Begründungswege eingeschlagen werden sollen: Der erste ist markiert durch den Begriff der *Wirkfaktoren*, der zweite durch Erfordernisse der *Ethik*.

Wirkfaktoren

Die Frage ist: "Was wirkt eigentlich wirklich in der Psychotherapie?" - Schon gegenwärtig macht die (insbesondere empirische) Psychotherapieforschung einen "echten" Wandlungsprozeß durch. Das Forschungsinteresse wendet sich mehr und mehr ab von der sogenannten "Gruppenstatistik" (man vergleiche ein Kollektiv mit einem anderen, z.B. am Ende und am Anfang einer Behandlung) und hin zu einer *multifaktoriellen, prozeßorientierten Einzelfall-Statistik*. Czogalik und ich haben in diesem Zusammenhang und in Gemahnung an V. v. Weizsäcker von einer *"zweiten* Wiedereinführung des Subjekts" gesprochen. (Die andere aktuelle Forschungsbahn, die komparierende Massenstatistik ('Metastudien') ist ebenfalls sehr wichtig, braucht uns in diesem Zusammenhang jedoch nicht zu beschäftigen). Entscheidend ist die Wendung zur *empirischen Ideographik*. Diese zielt nun in der Tat auf die Dokumentation von Einmaligkeit, Jeweiligkeit und Totalität.

Zieht man eine - hier sehr globale - *Zwischenbilanz* der bereits vorliegenden Forschungsergebnisse, so ergibt sich folgendes Bild: Die entscheidenden Wirkfaktoren sind: Die Patientin/der Patient, ihre/seine Persönlichkeit, ihre/seine aktuelle Situation; die/der Therapeutin/Therapeut, ihre/seine Persönlichkeit, ihre/seine Situation; die therapeutische Beziehungssituation, in ihr: Empathie, insbesondere auch Sympathie, Zuwendung, Wärme und - in bezug auf bestrebte Veränderungen ("Umstrukturierungen"): Überraschungseffekte, neuartige Erlebnisanstöße, passagere Perturbationen. Ob diese Perturbationen nach Art der paradoxen Intention, der 'Lösungen zweiter Ordnung' oder der verblüffenden ('propositionalen') Deutung, der Reiz-Konfrontation (in der Verhaltenstherapie) stattfinden, scheint von *nachgeordneter Bedeutung* zu sein.

Innerhalb der Psychotherapie-Konzeptionen (z.B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie) konnten zwar für bestimmte Teilstrategien Prädiktions-Verifikationen erfolgen, im ganzen aber gilt, daß die speziellen Methoden einen gegenüber den genannten *allgemeinen Wirkfaktoren* deutlich geringeren Bedeutungswert haben.

Die erkannte Dominanz der allgemeinen Wirkfaktoren gegenüber den methoden-definierten speziellen Wirkfaktoren läßt ihrerseits folgern: Erkenntnisentscheidend ist die Erfassung des interaktiv-Individuellen und des Situativen, also die Dokumentation der "schöpferischen Augenblicke" in ihrem Ablauf. Da diese, wie gesagt, das Kennzeichen der jeweiligen *Einmaligkeit* haben, ist ein Vergleich von Identischem nicht möglich. Es geht allenthalben um mehr oder weniger *Ähnlichkeit*. Deren Erfassung allerdings ist unbedingt erforderlich, wenn der Satz: "Denn sie wissen nicht, was sie tun ..." für die Psychotherapie keinerlei Geltung mehr haben soll und also der Psychotherapie die (mit Recht von Popper geforderte) Falsifikationschance erschlossen werden soll. Die Analyse von "mehr oder weniger Ähnlichkeit" ist auf die angemessene Verarbeitung von extrem vielen Variablen, Algorithmen und Regelkreisen angewiesen, um Potenzen höher als etwa bei einem Vergleich noch so vieler Variablen, bei denen angenommen werden könnte, einige seien 'identisch'.

Handlungs-Ethik [2]

Wenn jetzt der zweite Begründungsweg (für die Notwendigkeit der Nutzung der technologischen Entwicklungen) eingeschlagen wird, ist von einem traurigen, beklemmenden Gegenwartsbefund auszugehen: Es gibt bekanntlich bis heute keine sozial adäquat kontrollierbare Handlungsethik in der Psychotherapie. Es ist fast unmöglich, einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten einen "Kunstfehler" nachzuweisen. (An dieser Stelle sollte man einräumen, daß manche persistierende Vorurteile (oder auch Urteile) gegenüber der Psychotherapie bei unseren Kolleginnen und Kollegen aus den anderen medizinischen Disziplinen auch hiermit - und dann: berechtigterweise - zusammenhängen könnten).

Die Tatsache, daß es bis heute keine "justiziabel" taugliche Handlungsethik für die Psychotherapie gibt, folgt natürlich ihrerseits auch aus dem Prinzip von Einmaligkeit, Jeweiligkeit und Totalität. Gedacht werden könnte: "Wie kann Einma-

[2] Aus zwei Gründen wird hier nur der Begriff "Handlungsethik" verwendet: Erstens, um der Altdiskussion "Ethik versus Moral" aus dem Wege zu gehen und zweitens, weil hier ausschließlich von ganz pragmatischen Handlungsanweisungen die Rede sein wird, nicht von anthropologischen Grundlegungen oder allgemeinen Setzungen (Reiter-Theill, 1988; Ritschl 1988, 1989).

ligkeit "richtig" oder "falsch" sein?" Dem wäre zu entgegnen, daß eine differenzierte (und, wie oft gesagt, technisch höchst aufwendige) Dokumentation von Ähnlichkeiten und Vergleichbarkeiten unendlich vieler denkbarer "schöpferischer Augenblicke" einschließlich ihrer Abfolge eine Sortierung möglich machen wird und folglich zumindest mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festzustellen sein wird, ob ein Ereignis (eine Ereignisabfolge) "gut" oder "schlecht", entscheidend: hilfreich oder schädlich war. Solches wird eines Tages die sich fortentwickelnde Kommunikationstechnologie zweifellos leisten können. Doch dürfte dies noch geraume Zeit in Anspruch nehmen. So müßte beispielsweise die auf Niederschriften (Transkripte) angewiesene sog. "computergestützte Sprachanalyse" (z.B. Ulmer Textbank) durch eine vollautomatische Sprachanalyse, die Direktverwertung des Gesprochenen im Computer, ersetzt werden. Dies wird langfristig möglich werden, und es wird dann noch einmal recht lange dauern, bis dies mit aller Selbstverständlichkeit in jeglicher psychotherapeutischen Praxis stattfindet.

Rekurs in die Gegenwart

Während man im ersten Begründungsweg (Falsifikations-Chance) die Entwicklung der Technologie mit adäquater Geduld abwarten kann, ist dies m. E. im zweiten Begründungsweg, im Blick auf die Verwirklichung einer Handlungsethik nicht möglich. Es müssen *sehr bald* Zwischenlösungen gefunden werden.

Zunächst ist es in höchstem Maße erfreulich, daß die kritische Auseinandersetzung mit den psychotherapeutischen Ausbildungs-Usancen (Cremerius) zunehmend endlich auch Gehör findet. Zu denken ist als erstes an die zentrale Bedeutung der Therapeutin/des Therapeuten selbst. Ein ordinäres Automobil muß alle zwei Jahre zum TÜV. Eine der schlimmsten Sünden ist mit der Idee verbunden, jemand, der im Alter von 30 - 40 Lebensjahren möglichst engmaschige, möglichst viele Lehr-analysen-Stunden absolviert hat sei ein für alle Mal, lebenslang ein tauglicher Therapierender. Selbstverständlich ist - und auch Freud hat dies bekanntlich ja schon desideriert - eine *lebenslange Wartung*, auch in Form einer immer wieder aufgenommenen Eigenanalyse, zwingendes Gebot.

Annelise Heigl-Evers und F.S. Heigl haben sich in ihrem Aufsatz über "Ethik in der Psychotherapie“ (1989) auch mit dem Problem der *Indikation* befaßt. Ihren Gedankengängen sei der folgende hinzugefügt: Erinnert wird dabei an Triviales: Wenn wir selbst eine Eigenanalyse ("Lehranalyse") absolvieren wollen, so suchen wir uns in aller Regel die Lehranalytikerin oder den Lehranalytiker sehr individuell sorgfältig aus. Der geflügelte Satz wird akzeptiert, man müsse bei der Auswahl der Lehranalytikerin/des Lehranalytikers zumindest in gleicher Weise besorgt sein wie

bei der Auswahl der Gattin oder des Gatten. Wir realisieren für uns also die Tatsache der hohen Bedeutung der Therapeuten- und Beziehungsvariablen und folgen selbst somit einer *individuell-interaktiven Indikationsstellung*. Doch was geschieht - vergleichsweise - bis heute den Patientinnen/Patienten?

Als der Autor in Lindau vor 14 Jahren im Blick auf die Entwicklung der Computertechnologie von dem Desiderat einer *Beziehungsmusterbank* sprach, die tendenziell interaktiv-individuelle Interaktionsstellungen ermöglichen könnte (dieser Patient, diese Patientin zu dieser Therapeutin, diesem Therapeuten), ging ein mißmutiges Raunen durch den Saal. 1990 raunte es erfreulicherweise nicht mehr.

Das 'Gebot der Schadensminderung' (Heigl-Evers u. Heigl 1989) betrifft selbstverständlich auch den *psychotherapeutischen Vorgang in seinem Vollzug*. Einmaligkeit und Jeweiligkeit bedeuten nämlich strictissime *nicht* auch "Beliebigkeit". Hier bietet sich als naheliegende Zwischenlösung (wiederum lebenslang) für die Therapeutin/den Therapeuten schon jetzt der Weg der Konsultationspflicht, der Kollegialkontrolle, der "Intervision" (pers. Mitteilung - statt "Supervision") an. Es ist ganz einfach: Wenn irgendetwas schiefläuft, dann ist die Therapeutin/der Therapeut *verpflichtet*, den Rat von Fachkolleginnen oder Fachkollegen aufzusuchen. Tat er es nicht, so war dies ein "justiziabler Kunstfehler".

Zur Zukunft der Konzepte und Verfahren

An diese Stelle paßt es, über die Zukunft der psychotherapeutischen Konzepte/Verfahren/Methoden in ihrer Unterschiedlichkeit nachzudenken.

Gemeinhin wird ja heute bereits bekundet, man beobachte eine Art Konvergenzbewegung: Die Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker würden aktiver, elastischer, berücksichtigten auch andere, z.B. sozialpsychologische Konzepte, die Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten würden zunehmend biographischer und kognitiver, psychodynamischer. (Wenn man im deutschen Krankenkassensektor wie der Autor Gutachten für beide macht, kann man solches in der Tat in recht eindrucksvoller Weise sehen).

Die Bekundung von der Konvergenzbewegung der unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren (und Konzepte) ist also zwar im Prinzip zutreffend, sie ist aber auch etwas oberflächlich und könnte zu dem (Fehl-)Schluß führen, Methoden, Konzeptualisierungen, Handlungsanweisungen könnten in Zukunft überflüssig werden. Das ist jedoch weder zu erwarten noch zu wünschen. Zwei Gründe:

- Die therapeutische Kommunikation ist angewiesen auf ein für alle Beteiligten - *übersichtliches* Terrain. Sozialpsychologisch betrachtet: Sie bedarf der Kanalisation, auch der Eingrenzung und Reduzierung der Inforinationsschwemme, um die notwendigen Informationsverarbeitungen zu gewährleisten. (Hofstätter hatte ja auch dieses im Sinn, als er davon sprach, die psychoanalytische Standardmethode sei ein "kommunikationspsychologischer Geniestreich").
- Die handlungsethisch erforderlichen Intervisionen (Kollegialkontrollen) sind - ebenso wie die Ausbildung - angewiesen auf ein präzises Begriffs- und insbesondere auch Handlungs-Beschreibungssystem. Es muß ganz klar sein, welcher Vollzug gemeint ist, und es bedarf gemeinsamer Vorstellungen über das, was geschehen ist.

Hieraus folgt: Trotz der Dominanz der allgemeinen Wirkfaktoren (im Therapievorgang selbst) werden Methoden und Konzepte als Sozialisations- und Professionalisierungshilfe für die Psychotherapierenden notwendig bleiben. Im Rahmen dieser Entwicklung aber werden Konzepte und Methoden nicht mehr primär daran gemessen werden, wieviel, wie gut sie etwas erklären können, sondern vielmehr daran, wie gut sie sich zur präzisen Beschreibung von irgendetwas eignen. Entscheidend wird also nicht mehr ihre theoretisch-explanatorische Potenz, sondern ihre *professionell-kommunikative Potenz* sein.

Fazit: Seriosität

Bereitschaft zu Ereignisdokumentation, Ereigniskontrolle, Überprüfbarkeit und damit zur Falsifikation machen das aus, was hier mit Verantwortlichkeit oder auch *Seriosität von Psychotherapie* bezeichnet werden soll. Genau diese Seriosität markiert nämlich sehr klar die Grenze zu den Unternehmungen des Psychomarktes. Aber: Entscheidend ist und wird für die Zukunft sein, daß die Seriosität sich durch *funktionale* und nicht durch materiale Bestimmungsstücke definiert. Überprüfbarkeit, Kontrollbereitschaft sind (funktionale) Vorgänge, die essentiell unabhängig sind von den (materialen) Inhalten, von dem, was gedacht wird, also z.B. dem *Inhalt* von Konzepten und Theorien und sogar unabhängig von dem, was *inhaltlich* in der Therapie getan wird.

Heilkunde - Natur

Es gilt nun, die *weiteren Kreise* zu ziehen. Psychotherapie ist Teil der *Heilkunde,* und diese befindet sich als Ganzes im Beginn eines umfassenden Wandlungsprozesses.

An sehr Bekanntes sei erinnert. Es wird weiterhin immer mehr *ältere Menschen* geben, das troisième age wird zum Regelfall. Die heutigen Bemühungen um eine Psychotherapie älterer Menschen sind also von eminenter, zukunftsweisender Wichtigkeit. Die jetzt vielfach noch existierenden *Altersbegrenzungen*, sowohl in der psychotherapeutischen Weiterbildung wie bei den Indikationsstellungen sind eigentlich nicht zu verantworten: Sie lassen sich allenfalls mit obwaltendem Unvermögen entschuldigen.

Auch die Änderung des allgemeinen *Krankheitsspektrums* wird fortschreiten. Innerhalb des Wandlungsprozesses der gesamten Heilkunde, der - ganz sicher! - auch einschneidende Veränderungen des Medizinstudiums mit sich bringen wird, macht das Stichwort von der *"Gesundheitsmedizin"* die Runde. Um diezutreffende Ausfüllung des Begriffes *"Verhaltensmedizin*" wird derzeit noch gerungen. - Neben der fraglos weiter erforderlichen kurativreparativen Medizin wird die allgemeine Gesundheitsobsorge (primary care), werden Prävention und Rehabilitation einen immer größeren Raum einnehmen. Auch wenn die Kernpsychotherapie sich erwartungsgemäß weiterhin als "kurativ" definieren wird, so ist sie doch gehalten, ihr "Know-how" in diese Entwicklungen einzubringen; Beispiel: Gesundheits- und Krankheitsverhalten.

Sieht man von der sich in Agonie befindlichen Symptom-Beseitigungs-Ambition der veralteten Verhaltenstherapie ab, so bringt die Psychotherapie für die Förderung und Ausgestaltung eines anderen Wandlungsbereiches der allgemeinen Heilkunde die allerbesten Voraussetzungen mit. Psychotherapie stützt sich ganz entscheidend auf die *Selbstheilungskräfte* des Menschen. Sie ist also - bei rechtem Lichte besehen - ein *Naturheilverfahren*.

Die sich abzeichnende Hinwendung der Heilkunde zu den Naturheilverfahren ist gewiß einer der Ausläufer einer in der Evolution der Menschheit überfälligen Revision der Naturbewertung und des Naturverständnisses. Das ökologische Bewußtsein ist geweckt, denn es wurde allen offenkundig, daß die Menschheit sich angeschickt hatte, die Natur und auch die uns nahen Bereiche des Universums zu quälen, zu zerstören, und zwar *wissend* zu zerstören mit den bekannten, vielfältig über uns bereits hereinbrechenden Folgen.

Auch die Argumentation, derzufolge dieses Zerstörungswerk in einer profunden Weise insbesondere auch durch die tradierte und obwaltende Interpretation der christlichen Schöpfungslehre eine wertsetzende Legitimation gefunden hatte, dürfte zutreffend sein. Der Mensch allein galt (gilt) als Abbild Gottes. Tacitus formu-

lierte sein Erschrecken über dieses Christentum in dem berühmten Satz: "profanum illis omnia quae apud nos sacra" (zit. n. Schiwy 1987). Es dürfte für die Wertunterlagerung (und damit auch die Transferierbarkeit des ökologischen Bewußtseins in - auch schmerzliche - Handlungen) unerläßlich sein, die "Austreibung des Heiligen aus der Natur" rückgängig zu machen. Bekanntlich wurde es zum zentralen Anliegen vieler christlicher Denker, allen voran Teilhard de Chardin, den Anthropotheismus von einem neuen Panentheismus umfangen zu lassen.

So wird auch die *Psychotherapie* gehalten sein, ihr personzentriertes Weltbild zu überdenken. Zu beobachten ist - wahrscheinlich in diesem Zusammenhang - eine Renaissance des Gedankengutes von C.G. Jung. Die früheren Einflüsse der Romantik (Felix Schottländer u.a.) sollten im Blick auf die allgemeinen Ent wicklungen aus der Perhorreszierung (Bohleber) entlassen werden. Auch S. Freud hatte bekanntlich das "ozeanische Gefühl" des Romain Rolland akklamiert, wenn auch bezogen auf den Narzißmus und nicht, wie sodann bei M. Balint, auch auf die "freundlichen Weiten". Das konsequente Weiterdenken des Philobatismus-Ansatzes in Richtung auf eine Psychodynamik der Naturliebe, der "libidinösen Besetzung" der Räume, der Weiten, des Ambiente ist eigentlich eine bereits überfällige Gegenwartsaufgabe. Erinnert sei an den (Drogen-) Suchtbereich und die hier unübersehbare konzeptuelle und therapeutische Hilflosigkeit einer Psychotherapie, die *Objekte* mit *Personen* gleichsetzt. Es könnte sich ja zeigen, daß der oft beklagte Terminus "Objekt" im Grunde ein weg- und zukunftsweisender ist, gerade weil er nicht nur Menschen bezeichnen muß.

New Age

Morgenröte oder Geisterstunde? lautet der Titel des Übersichtsreferates von Hartveit (1986) zur "Geschichte und Ideologie der New-Age-Bewegung".

Auch der Autor dieser Zeilen hatte und hat Schwierigkeiten in der Perzeption des mit dem Oberbegriff "New Age" verbundenen Gedankengutes: Wendezeit, Wassermann-Zeitalter, Esoterik, Neue Spiritualität. Vieles ist ungeordnet und verwirrend. [3] Dennoch kann man im Blick auf die Evolutionen der Zukunft an der mit dieser Bewegung verbundenen Grundintention gewiß nicht vorbeigehen.

An dieser Stelle wage ich, (autobiographisch) darzustellen, wie ich selbst mir einen Zugang erschlossen habe. So drängte sich mir wieder die Sentenz der ersten Nachkriegs-

[3] Dies gilt insbesondere für die "Primärliteratur". Der Verfasser war Freunden für den Hinweis auf ordnende, kenntnisreiche Sekundärliteratur (Schiwy 1987; Hartveit 1986) dankbar.

vorlesung von Martin Heidegger auf: "Das Bedenkliche in dieser bedenklichen Zeit ist, daß wir nicht mehr denken". [4] - Das war zu präzisieren: Daß wir das, was wir denken *müssen*, nicht denken *können*. Das trifft zu. Die (deletären) „Technologiefolgen" *konnten* und können offenbar nicht "gedacht" werden. (Kommunes Beispiel: Ratlosigkeit nicht nur gegenüber dem Atom-Müll, sondern sogar dem Hausrats-Müll).

Eine zweite Erinnerung ist eine Bemerkung meines verehrten akademischen Lehrers, Robert Heiss, ebenfalls aus den frühen 50erJahren. Die Atombomben waren gefallen, aber den Club of Rome gab es noch nicht und von Technologiefolgeproblemen hatte man noch kaum eine Ahnung. - Heiss meinte damals im Zusammenhang mit einer Reflexion der Relativitätstheorie folgendes: 'Die Kritiken der Vernunft' gelten nicht mehr. Mit den hieraus folgenden und nur zur Verfügung stehenden Erkenntnismöglichkeiten, müsse es 'zu schlimmen Katastrophen' kommen; es sei denn, so Heiss wörtlich, es würde ein "neuer Kant" geboren.

Es ist also nicht schwer, die effektive Unzulänglichkeit und wohl auch die Destruktivität der verfügbaren Denk-, Erkenntnis- und "Bewußtseins"-Möglichkeiten dingfest zu machen und zu folgern, daß der Entwicklungsstand der Menschheit andere, neue und sodann tragfähige Erkenntnisformen zwingend erforderlich macht.

Was die Idee des notwendigen neuen Kants anbetrifft, so wäre vielleicht angesichts der "sozialen Aufklärung" und ihrer Folgen eine Korrektur anzubringen: Wahrscheinlich wird es sich nicht um einen neuen großen Kant handeln können, sondern um viele kleine Kante. - Die Idee von Walter Volk (persönliche Mitteilung), der Heldenmythos, der Archetypus des Helden habe in dieser sozialen Entwicklung als kollektives Leitmotiv ausgedient, ist recht schlüssig. Zum Zeitalter der Kommunikationen, der Mikrochips, der Bytes, paßt eher der *Archetyp der vielen kleinen, zweifellos androgynen, sieben Zwerge* (-"Wir sind das Volk"-). Dieser Gedanke führt zurück zum Gegenstand, der Psychotherapie. Ist sie gebunden an das überkommene und unzulängliche Erkenntnissystem oder verfügt sie über Potentiale, um mithalten zu können in einem erkenntnistheoretischen und erkenntnispraktischen Neuorientierungsprozeß? Meine Antwort ist positiv und hoffnungsvoll: Die Potentiale sind vorhanden in Kreativität, Phantasie und - hauptsächlich - in der Weiblichkeit.

Es ist schon etwas sehr Besonderes, daß Strotzka (1983) die *Phantasie* als ein *ethisches Prinzip* der Psychotherapie bestimmen konnte. Auch dies hat Handlungskonsequenzen, unter anderen eine, die man mit Novalis so formulieren könnte: "Und jeder sei willkommen, der mit einer neuen Phantasie die Dinge überspinnt". Das Produkt schöpferischer Phantasie, das wirklich Neue, mutet, wenn es keimt, stets fremd, absonderlich, verwegen an.

---

[4] Dies ist keine hommage, denn ich teile weithin die Kritiken Karl Poppers, der Heidegger "Täuschung", nämlich Vortäuschung von Tiefe und "Sprachverschmutzung" vorgeworfen hat.

Genau dies war der Grund dafür, daß es (mir) so wichtig war, *Seriosität* von Psychotherapie als funktionales und nicht als materiales Prinzip zu bestimmen. Kontroll- und Überprüfungsbereitschaft unter Nutzung der Kollegialsysteme und unter Verwertung der entsprechenden technologischen Entwicklungen waren die funktionalen Bestimmungsstücke von Seriosität. Das Offensein für den Wandel und die Teilhabe daran erfordern die Eliminierung jedweder materialer Bestimmung von Seriosität, wie sie heute weithin noch obwaltet: Dieses (z.B. psychoanalytische Trieblehre) zu denken sei seriös, jenes andere (z.B. Spiritualität, Astrologie) zu denken, sei nicht seriös. Phantasie und Kreativität brauchen freies Spiel, sobald sie sich umsetzen in therapeutisches Handeln, gleichwohl sind sie zu messen an den besagten funktionalen Kriterien von Seriosität.

Im Hinblick auf die eingangs dargestellte Notwendigkeit des Mitvollzuges der technologischen Entwicklungen und die damit zweifellos auch verbundene Problematik der "Technologie-Akzeptanz" sei noch angemerkt, daß die meisten Repräsentantinnen/ Repräsentanten des New Age nicht nur - im Energie-Sektor die *sanften*, regenerationspotenten Technologien fördern wollen, sondern darüber hinaus durchaus auch die weiterwachsende Bedeutung der Mikroelektronik und der Kommunikationstechnologien oftmals in ihre Gedankengänge und Entwürfe einbeziehen. Nicht nur sind die Leute in Findhorn Computer-Freaks, in der Idee des "globalen Dorfes" (des weltweiten Dorfes) von McLuhans gelten Elektronik und Kommunikationstechnologien als *die* Mittel, mit denen die Menschheit im Sinne der 'neuen Bewußtheit' geeint und befriedet werden kann.

Weiblichkeit

Christa Rohde-Dachser hat in diesem Band den großen Vorgang des heutigen Geschlechtsrollenwandels gezeichnet. Hier kann unmittelbar angesetzt werden, wenn an dieser Stelle die zwar pauschale, aber voller Differenzierungen steckende Behauptung aufgestellt wird: *Psychotherapie ist weiblich*, und zwar nicht nur statistisch (Prognos-Studie der DGPT), sondern essentiell, in ihrem Grundverständnis weiblich.

Indizien aus dem psychotherapeutischen Alltag seien einer Arbeit von Karin Flaake (1989) entnommen. So konnte Gürtler zeigen, daß Therapeutinnen sensibler auf die Gefühle der Klientinnen und Klienten reagieren, diese Gefühle in stärkerem Maße wahrnehmen und auch selbst mehr Gefühle zum Ausdruck bringen als die Therapeuten. Eindrucksvoll sind auch die Ergebnisse der mit optimal exakter empirischer Methodik

stattgehabten Dissertationsschrift von Lisbeth Klöss-Rotmann. Es wurde mit Hilfe der computergestützten Sprachinhaltsanalyse an der Ulmer Textbank die Sprachverwendung von Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern verglichen. Dabei zeigte sich, daß die Sprache der Therapeutinnen dem Erleben (auch dem Primärprozeß) weit mehr entsprach als jene der Therapeuten. (Therapeutinnen: "An einem Frühlingsabend". Therapeuten (leicht karikiert): "Am 16.3. um 20.00 Uhr".) - Nur: Darum baten die Doktorandin und ihre Betreuer inständig: Man möge doch bitte nicht daraus schließen, Therapeutinnen seien rundweg die besseren Psychotherapierenden. Die in dieser Weise untersuchten Psychoanalytikerinnen aber waren es - nach Maßgabe der Daten - in der Tat.

Doch unter keinen Umständen sollte man etwa folgern, (männliche) Therapeuten zurückzudrängen oder gar ganz abzuschaffen. Es geht für die Zukunft und in ihr die Psychotherapie um die Reaktivierung, die Aufwertung, die Verlebendigung des *weiblichen Prinzips in jedem Mensche*n. Dabei wird es allerdings auch erforderlich sein, daß zwar vorübergehend, aber wohl auch in einem sehr langfristigen und schmerzlichen (!) Prozeß die Männer von den Frauen lernen, um das zukünftig Erforderliche und in historisch langwährender Einseitigkeit Verschüttete in sich wiederzufinden und angemessen lebensbestimmend werden zu lassen.

Die *psychotherapeutische Sozietät* hat noch viel Wandlungsarbeit zu leisten, wie eine kurze Bestandsaufnahme zeigt. Zu deren Zweck sei nochmals eine klinische Arbeit aus dem Jahre 1981 erwähnt. Roswitha Königswieser verglich die Gruppenvorgänge bei Gruppenleiterinnen und Gruppenleitern. Auf Gruppenleiterinnen richten sich *zunächst* Übertragungen mit dem Inhalt *positiver* magischer Rollen: Göttliche Mutterfiguren. Dies kehrt sich sodann um in magische, *"negative"* Rollen: Böse Hexenfiguren. Bei Gruppenleitern waren die vergleichbaren Phantasien klarer und weniger beängstigend; die phantasierte Macht war greifbarer und weniger nebulös, weniger geheimnisvoll. - Dies fand Erwähnung, weil ganz offensichtlich hier die Kleingruppe auf ihre Weise das bisherige Verhalten der gesamten psychotherapeutischen Sozietät abbildet.

Ohne Frage hat die Psychotherapie, haben in ihr zumal die Psychoanalys*en* das tragende, umfassende weibliche Prinzip wahrgenommen. Die Anima ist ja nicht nur, wie gern oft mißverstanden, ein kleines Bildchen von der Frau *im* Mann, sondern das Seelen-Bild schlechthin. Aber diese Wahrnehmung war für die nach dem männlichen Prinzip organisierte psychotherapeutische Sozietät eben auch bedrohlich, wenig greifbar, geheimnisvoll nebulös. Das aktivierte bekanntlich massive Abwehr. *Ungeschehenmachen*: Eine Psychodynamik der Frau, die diesen Namen verdient, wurde in der Psychoanalyse de facto nicht konzipiert. Erst jetzt hat durch viele und vielerorts konstruktive Bewegung eingesetzt. - Ein anderer Abwehrvorgang lag in der sichernden *Isolierung*: Das Weibliche wurde "vermuttert", und um die Bilder der nährenden, sorgenden, auch die der "großen" Mutter, der "Mutter als

Schicksal" wurden Pflöcke eingeschlagen. Das war eine, fraglos sehr sublime, Hexenverbrennung: Triebe und Sinne, das Mehrfühlende, Mehrwissende, das Natur-Wesen blieben außen vor. Jede Tiefenpsychologin, jeder Tiefenpsychologe weiß ja "eigentlich" ganz genau, daß für die oben beschriebene *Wiederaufwertung der Natur* das ermöglichende und tragende Prinzip weiblich ist.

Der Autor selbst ist nicht sicher, ob sich wirklich schon die erforderlichen neuen Erkenntniswege beschreiben lassen. In diesem Zusammenhang wird ja immer wieder von der Notwendigkeit der Ablösung der bislang geläufigen und oft in der Tat fatal destruktiven *männlichen linearen* Erkenntnisstrukturen durch die integrierenden, das Weibliche einschließenden *zyklischen Erkenntnisstrukturen* (Bahnen der Elektronen, der Gestirne, auch lunarer Menstruationszyklus) gesprochen. Immerhin: Vielleicht war es kein Zufall, daß dem Autor ohne langes Nachdenken als Einteilungsprinzip dieses Referates ein zyklisches eingefallen war: Die guten alten "konzentrischen Kreise" seines Abituraufsatzes.

Das Thema hatte dem Autor erlaubt zu "spinnen"; in jedem Wortsinn. Auch erlag er hin und wieder der naheliegenden Versuchung, zu Erwartendes und zu Erhoffendes zu vermengen und er tröstete sich mit Goethe: "Wir blicken so gern in die Zukunft, weil wir das Ungefähre, was sich in ihr hin und her bewegt, durch stille Wünsche so gern zu unseren Gunsten heranleiten möchten."

Literatur [5]

Flaake K (1989) Geschlechtsneutralität als Mythos. Gruppenpsychother Gruppendyn 25 : 99-109

Hartveit KM (1986) Morgenröte oder Geisterstunde? Geschichte und Ideologie der New-Age-Bewegung, Individualität. Europäische Vierteljahresschrift 5 : 9- 44

Heigl-Evers A, Heigl FS (1989) Ethik in der Psychotherapie. Psychother Med Psychol 39 : 68-74

Klöss-Rotmann L (1988) Geschlechtstypische Sprachmerkmale von Psychoanalytikern. Ulmer Textbank, Ulm

Reiter-Theil S (1988) Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Ritschl D (1988) Medizinische Ethik. Was ist eine ethische Frage? Institut für Geschichte der Medizin, Freiburg, Bd 29. Getner, Stuttgart

5 Ein ausführliches Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert werden.

Ritschl D (1989) Humanität. Humanität als eine Grundlage der Medizin. In: Eser A, Lutterotti M v, Sporken P (Hrsg) Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Herder, Freiburg Basel Wien

Schiwy G (1987) Der Geist des Neuen Zeitalters. New-Age-Spiritualität und Christentum. Kösel, München

Strotzka H (1983) Fairness, Verantwortung, Fantasie. Eine psychoanalytische Alltagsethik. Franz Deuticke, Wien

Weltsucht

Anmerkungen zum Drogenproblem

Peter Sloterdijk

Vor zweieinhalbtausend Jahren hat der platonische Sokrates ein Enthusiasmusverbot ins philosophische Argumentieren eingeführt, das sich bis heute in Geltung halten konnte. Seither genügt es für unsereinen, um Wahrheitsansprüche anzumelden, nicht mehr, sich darauf zu berufen, daß der Gott aus ihm redet oder daß der Wein ihn erleuchtet - zwei Größen, die, wie man weiß, nicht gerade zur kollegialen Diskussion einladen. Seit Sokrates auf dem berüchtigten Symposion die Argumente des Aristophanes als bloße Eingebungen der Begeisterung verwarf, ist das ekstatische Reden unter Philosophen verpönt, denn philosophieren soll - auch wenn von beflügelten Angelegenheiten wie dem Eros die Rede ist - in Zukunft durchweg argumentieren bedeuten, und argumentieren heißt: *nüchtern reden*. Die Arbeit der athenischen Akademie gründet in dem theoriehygienischen Vorsatz, nur mit trockener Seele eine Brücke zur Anschauung letzter Gründe zu bauen. Wer sich dieser anti-enthusiastischen Prohibition nicht unterwerfen mag, soll es weiterhin mit dem traditionellen Gemisch von Rausch und Religion, von Herkommen und Bewußtseinstrübung versuchen - die Akademie freilich ist stolz darauf, sich von den Launen der seelischen Ausnahmezustände freigemacht zu haben und das Land der Wahrheit ohne Drogen und andere illegale Transportmittel zu durchqueren. Seit Sokrates gehört es zum Ehrenkodex der argumentierenden Gemeinschaften, daß es besser sei, nüchtern in die Irre zu gehen als droguiert mit letzten Wahrheiten herauszurücken.

Diese geisteshistorische Reminiszenz scheint mir nützlich, um unser Thema und unser aktuelles Engagement in einer Universalgeschichte der Ernüchterung zu lokalisieren. Es wäre aus meiner Perspektive sinnlos oder zumindest ohne Reiz, unmittelbar in drogentherapeutische Berufsgespräche einzutreten, wenn man nicht zuvor jener psychodynamischen Titanenschlacht zwischen Trunkenheit und Nüchternheit gedacht hat, die seit Jahrtausenden die menschliche Kulturgeschichte skandiert. Im Kampf um die Nüchternheit vollzieht sich eine Art Tiefenweltkrieg auf diesem Planeten - ausgetragen als Streit der Individuen und Kulturen um die Erträglichmachung der Existenz; in dieser unwillkürlichen Titanomachie versuchen Menschen seit sehr langer Zeit das unverhältnismäßig schwer gewordene Gewicht

der Welt zu bewegen, zu reduzieren, zu teilen oder abzuwälzen. Ein großer Teil der Menschheit empfindet und praktiziert unmittelbar die rebellische Wahrheit des Fichteschen Satzes: "... denn das vernünftige Wesen ist nicht zum Lastträger bestimmt" [1] ; gleichzeitig bietet ein anderer Teil der Menschheit seine ganze Vernünftigkeit dazu auf, sich geduldig unter das Weltjoch zu beugen und dem Dasein die Bedeutung einer passionsartigen Gehorsamsübung gegenüber dem Unvermeidlichen zu geben. Man muß sich vor dem Irrtum hüten, in letzterem nur eine Sherpa-Metaphysik orientalischen Typs zu sehen: der herrschende Begriff vom erwachsenen Menschen enthält eine starke Dosis dieser stoischen Gehorsamstheorie; er propagiert die Überzeugung von der Zumutbarkeit des Wirklichen.

Die Philosophie ist im allgemeinen nicht bekannt dafür, daß sie zu Fragen des Rausches und der Droge viel zu sagen hätte. Ihre kulturelle Reputation beruht auf ihrer Abstinenz von den süßen Giften des Lebens und ihrem methodischen Trotz, der die schnellen Überzeugungen verwirft; landläufig und richtig hält man die Philosophen für Leute, die alle äußeren Überwältigungen des Verstandes für unzulässig erklären. Wenn das Philosophieren nichts anderes wäre als die Prozeßform der Nüchternheit selbst, so könnte der Therapeut im Philosophen zwar einen zuverlässigen Alliierten im Kampf gegen die Verirrungen der Vernunft und gegen die Ausnahmezustände der Psyche finden, aber keinen anregenden Partner, mit dem sich das Gespräch über die süchtige Konstitution des Menschen lohnte. Der therapeutisch-philosophische Dialog verspricht erst von dem Augenblick an, dramatisch zu werden, in dem man im philosophischen Denken selbst das Äquivalent zu einem Drogenphänomen erkennt. Dieser Fall tritt ein, wenn wir gewisse ekstatische oder enstatische Zustände mystischer Kontemplation nicht länger als Domäne der Religion betrachten, sondern als innerste Angelegenheit der Philosophie anerkennen. Nach dieser Konzession können sich Ontologie und Endokrinologie mit einem Mal gegenseitig anleuchten: wenn wir nämlich zugeben, daß die Grundform großer philosophischer Theorie ein mystischer Monismus sein muß, so wird die philosophische Einsicht an illuminierte Ausnahmezustände geknüpft. Der Augenblick der Wahrheit - im starken Sinn des Wortes - kann folglich nur eintreten, wenn das philosophierende Subjekt in der Einheitsvision zugrundegeht. Ohne Verzückung keine Erste Philosophie. Eine diskursiv adäquate Selbstdeutung solcher Zustände bleibt freilich auf eine Zeitverschiebung angewiesen und kann notwendigerweise erst nachträglich in eine artikulierte Form gebracht werden. Hier setzt die immerwährende Arbeit der Zweiten Philosophie ein. Diese versucht, auszusprechen, was *in actu* jenseits aller Rede steht. Die Versprachlichung des mystischen Monismus wäre somit die Klippe, an der sich von alters her der philosophische Enthusiasmus brechen muß. In diesem Sinn ist Philosophieren immer schon

---

[1] Die Bestimmung des Menschen, Meiner-Ausgabe, S. l05.

Zweite Philosophie, die von der Ersten redet. Als Plato sagte, es habe früher echte Weise gegeben, heute hingegen nur noch Amateure der Weisheit, da plauderte er das Geheimnis des Metiers aus. Philosophie ist Denken danach. Immerhin soll es in Platos Leben noch fünf, sechs Augenblicke gegeben haben, in denen er sich nicht in der Nachdenklichkeit, sondern in der Illumination befand. Die diskursive Arbeit des Denkens wäre dann nichts anderes als die nachträgliche Selbsterfassung und Selbsternüchterung einer initialen Ekstase. Diese Ernüchterungsarbeit schreitet geschichtlich in zwei großen Schüben voran: im ersten Schritt legt sich die Ekstase mit Hilfe einer ontotheologischen Metaphysik aus; in der zweiten Phase zerstört die ernüchterte Vernunft ihre metaphysischen Hochbauten und mündet in eine terminale Skepsis ein, in der sie sich von einem geklärten Alltagsdenken nicht mehr unterscheiden will. Nur so ist es möglich, daß etwas, was bei Parmenides begann, bei Wittgenstein endet. In seiner Frühzeit mußte der logische Enthusiasmus als philosophische Theologie auftreten; er bevorzugte dabei die klassische Sprache des epiphanischen Idealismus, in der sich die erste Entdeckung des Geistes vollzog. In ihrer modernen Phase hingegen müßte eine Philosophie auf der Höhe eigentlich die Sprache eines spekulativen Endomorphinismus sprechen; denn sie hätte die Aufgabe, der aktuellen zweiten Entdeckung des Geistes gemäß, die Botenstoffe der absoluten Vereinigung bei ihrem chemischen Namen zu nennen. Nun braucht man von heutiger Philosophie nicht viel zu verstehen, um zu wissen, daß diese alles spricht, nur nicht die Sprache des Endomorphinismus; sie will von allem etwas wissen, nur nichts von der endokrinologisch mitbedingten Selbstaufhebung der Differenz zwischen Subjekt und Sein. Kein Zeitalter war je soweit davon entfernt zuzugeben, daß der mystische Monismus das höchste Pensum des philosophischen Denkens sei.

Die zeitgenössische Theorie ist vielmehr stolz darauf, auch die letzten Spuren der Ekstase und ihres theologischen Abglanzes in sich auszumerzen und dem Geist der in sich ruhenden Ernüchterung zum Sieg zu verhelfen. Die Philosophie präsentiert sich heute in vollendeter und selbstbewußter Rauschlosigkeit - wie das durchtherapierte Subjekt einer jahrhunderteübergreifenden Entziehungskur. Es ist ihr sogar gelungen, die Kur als solche zu vergessen oder zu verdrängen, so daß es für Leute von der Zunft schon keinen Sinn mehr macht, von All-Einheit, Epiphanie und Selbstanschauung des Göttlichen anders als in historischer Hinsicht zu sprechen. Dem Enthusiasmus begegnet das Metier mit Ironie und mit Anführungszeichen. Man kann heute schon fast definitorisch sagen, daß ein Philosoph ein Mensch ist, der *nicht* weiß, daß seine ganze Praxis auf der Suche nach Ersatzformen für einen quasi drogenabhängigen Wahrheitsbegriff beruht. Dem zeitgenössischen Theoriebetrieb ist das Gespür dafür abhanden gekommen, daß zwischen Hochgefühl und Selbstbezüglichkeit einst eine tiefe Entsprechung bestand; als Aristoteles vom sich selber denkenden Denken sprach, war noch das Echo einer Gipfelerfahrung im Raum - noch waren Logik und Ekstase unter ein

und demselben Endomorphinistenhimmel vereinigt. Das Nüchternwerden der Philosophie freilich liefert einen lehrreichen Befund. Es zeigt nämlich, daß die Philosophie geschichtlich nicht aus der Reihe tanzt und daß sie mit ihren besonderen Mitteln die Gesamttendenz des Zivilisationsprozesses vollstreckt. Zivilisation bedeutet in dieser Sicht die Durchsetzung von Ersatzdrogen unter Auslöschung des Bewußtseins davon, daß es sich um Ersatzdrogen handelt. Vielleicht nähern wir uns dem Augenblick, in dem die Geschichte der menschlichen Kultur im ganzen unter einem ersatzdrogentheoretischen Titel erzählt werden könnte: Am Anfang war Entziehung.

Ich sage dies nicht in philosophiehistorischer Absicht, sondern um anzudeuten, warum es eine strukturell tief verankerte Solidarität zwischen der Philosophie und der Sucht - und Drogentherapeutik - gibt, eine Solidarität, die auch dann gültig bleibt, wenn sie *de facto* kaum jemals aktualisiert worden ist. Ich will im folgenden drei mögliche gemeinsame Motive der philosophischen Reflexion und der Suchtbehandlung erörtern.

Heilige Drogen

Jedes kritische Nachdenken über die religionsgeschichtlichen Quellen des menschlichen Drogengebrauchs beginnt mit dem Opfer einer typisch modernen Denkgewohnheit: die historische Drogenforschung enthält die für zeitgenössische Menschen erstaunliche Lektion, daß die Assoziation von Droge und Sucht im wesentlichen eine neuzeitliche Verknüpfung darstellt. Um die ältere Realität der Drogen zu begreifen, ist es notwendig, die herrschende unheilige Allianz von Droge und Sucht aufzusprengen. Die intellektuelle Herausforderung an uns besteht eben darin, mit Hilfe historischer Einbildungskraft in eine Epoche zurückzugehen, in der die Drogen als Vehikel eines ritualisierten metaphysischen Grenzverkehrs fungierten. Der rituell gehegte Gebrauch der Droge markiert in psychohistorischer Sicht das untergegangene Weltalter des Mediumismus: in diesem begreift sich das menschliche Innere nicht so sehr als eine in sich geschlossene und selbstgesetzliche Seelensphäre, sondern als Erscheinungsraum für Ankommendes, Eintretendes und Durchgehendes.

Anders als beim *homo clausus*, der neuzeitlichen Individualitätsform, bedeutet Subjektivität im Zeitalter der sakralen Drogen eine Art Verfügbarkeit oder Zugänglichkeit für das Nicht-immer-Manifeste und doch überaus Wirkliche. Das menschliche Innere öffnet sich in dem Maße, wie es Klangkörper und Bühne ist für die Epiphanien transhumaner Mächte. Deren sakrale Repräsentanten können die in moderner Apothekersprache so genannten Drogen sein. Das Wort Droge bleibt

jedoch in diesem Kontext solange eine Fehlbezeichnung, wie wir diese Stoffe nur im Licht der chemisch-pharmazeutischen Identifikation auffassen. In der mediumistischen Weltordnung besitzen die Drogen einen pharmako-theologischen Status - sie sind selber Elemente und Figuren jenes geordneten Kosmos, in den die Subjekte sich zu reintegrieren versuchen, sobald sie sich krank oder entfremdet fühlen; zu ihnen nehmen Menschen Zuflucht, wenn sie sich am eigenen Leib und am sozialen Körper von der Störung der globalen Ordnung überzeugt haben. Die psychotropen Stoffe dienen somit nicht zur privaten Berauschung, sondern fungieren als Reagenzien des Heiligen, als Türöffner der Götter. Daher hat Ernst Jünger einen wichtigen Aspekt der ursprünglichen Drogenrealitäten ausgedrückt, als er im Drogenrausch "einen Siegeszug der Pflanze durch die Psyche" erkennen wollte.[2] Diese Formulierung bringt das Prinzip der medialen Durchlässigkeit gut zur Geltung, das zur archaischen prä-autonomen Subjektverfassung gehört. Sie verkennt allerdings, daß es beim Gebrauch sakraler Kräuter, Pilze und Essenzen gerade nicht um Siegeszüge der Pflanzen geht, - denn diese haben auf menschlicher Seite weder etwas zu verlieren noch zu gewinnen - sondern um einen Wiederherstellungszauber, der den von heiligen Pflanzen gewährten Rausch bemüht, um die menschliche Teilhabe an der Integrität der Welt wiederzugewinnen.
Das Wort Integrität meldet etwas an, was für Menschen der Frühzeit so plausibel wie für uns schwer zu fassen ist: den Anspruch auf eine Entsprechung von Heilung und Heiligung. Bis in welche Höhenlagen dies führen kann, mag ein altbrahmanisches Opferlied aus dem Rigveda, einer der ältesten Sammlungen indischer Sakralhymnen bezeugen.

Vom süßen Lebenselixier habe ich verständig genossen,
das gute Gedanken anregt und Nöte vertreibt,
An dem sich Götter und Sterbliche gemeinsam ergötzen,
Die die süße Nahrung "Honig" nennen ...
Wir haben Soma getrunken, wir sind Unsterbliche geworden.
Wir sind zum Licht gelangt,wir haben die Götter gefunden.
Was kann Feindschaft uns antun? - Was, o Unsterblicher
(Trank), eines sterblichen Mannes Absicht? ...
Der Hüter unseres Leibes bist, o Soma, du ...
In jedes Glied bist du als Wächter eingegangen ...
Leiden entflohen, Krankheiten entschwanden,
Die Mächte der Finsternis sind erschreckt.
Mit Macht ist Soma in uns emporgestiegen;
Jenen Anfang haben wir erreicht, wo sich der Menschen Leben verjüngt.
Verbunden mit den Vätern hast du, o Soma,

---

[2] Jünger E (1978) Annäherungen. Stuttgart, S. 44.

Dich über Himmel und Erde ausgedehnt.
Dir, du Saft, wollen wir mit Opfern dienen,
Auf daß wir Herren der Reichtümer werden.

Auch wenn wir in die Berufsgeheimnisse der Sanskritologen nicht eingeweiht sind, so können wir in profaner Lektüre wenigstens *eine* Pointe des heiligen Textes erfassen: es gehört offenkundig zur Grammatik dieser Trankanrufung, daß zwischen dem Göttergetränk und dem Göttlichen selbst *kein* Unterschied gemacht wird, jedenfalls nicht in dem Grad und in der Schärfe, die der hochkulturellen Unterscheidung von Subjekt und Eigenschaft, Substanz und Attribut, Essenz und Wirkung eigen ist. Aber gerade diese Nicht-Unterscheidung beweist, daß die sogenannte Droge ohne Rest in die sakrale Sphäre einbezogen ist; also kann der elaborierte Umgang mit ihr von einem ritualisierten Verkehr mit dem Göttlichen selbst noch kaum abgehoben werden. Ist aber von einem Verkehr mit dem Göttlichen die Rede, so muß das moderne Mißverständnis abgehalten werden, das an die mediale Welt Maßstäbe heranträgt, die in der nüchternen Intersubjektivität gewonnen wurden. In Wahrheit gilt für die droguierten Offenbarungen, daß das Menschliche das Feld räumt, wenn das Eintretende erscheint. Wie könnte sonst der vedische Text die Somatrinker als Unsterbliche ansprechen? Keine Mystik ohne Subjektwechsel. An dieser Stelle versagt bloße historische Einbildungskraft, und wenn nicht ein gewisses Maß an spirituellem Abenteurertum hinzutritt, so muß dieser paläopsychologische Bereich dem zeitgenössischen Verstehen verschlossen bleiben. Nicht zufällig haben wir den Namen Ernst Jüngers unter denen gefunden, die sich eine Annäherung an die toxikologischen Mysterien früher Kulturen zugetraut haben. Ich zitiere aus seinem Werk über Drogen und Rausch eine Passage, in der Jünger, wohl in Anlehnung an Forschungen des Germanisten Wilhelm Grönbech (gestorben 1948), die Beschwörung eines nordischen Trinkgelages versucht.

So saßen sie also zusammen, um den Wod oder Wodan zu erwarten ...
Das Horn blieb "das Herz des Gelages". Es gehörte wie das Schwert zu den Kleinodien. Das Trinken hatte eine tiefere Absicht als die Erinnerung an die Taten der Väter und Vorväter, selbst als die Beschwörung der mythischen Welt. Das alles war abzustreifen, es mußte draußen bleiben mit Hold und Unhold, Heil und Heillos, während sie beisammensaßen und tranken wie im Herzen eines hölzernen Schiffes, in dem es immer stiller und ruhiger wurde, während die innere Bewegung wuchs. Nun wird auch die äußere Welt mantisch, vorweisend.

Geräusche, die von draußen kommen, werden anklopfend ankündigend. Das Ohr hört hinter die Töne: das Bellen der Hunde, der Schrei der Vögel gewinnen weisende Kraft. Der Blick wird anders; er dringt durch die Wände, auch die des Geschehens, weit in die Zukunft hinaus ... Das Horn "geht um das Feuer"; die Männer saugen Kraft in sich ein, doch nicht jene Kraft, die den unwiderstehlichen Berserkerzorn verleiht. Sie flammt nicht von innen nach außen und in die Schwerter, sie wird nicht lärmend, gewalttätig.

Sie ist eher still und friedlich, doch bedrückend auch. Die Zeit dehnt sich auf unerträgliche Art. Das heißt nicht, daß sie lang wird, sondern daß sie sich bis zum Zerreißen spannt. Sie verliert die Dauer und gewinnt Gewicht. Sie wird schneidend und pressend, wird Schicksals-, wird Nornenzeit.

So erklärt sich die Stille, die zuweilen ein Seufzen, ein Stöhnen unterbricht. Hier naht noch Stärkeres als Heer und Waffen ... wirkendes Schicksal graut heran. Es sind Geburtswehen.

Nicht plötzlich enden sie. Die Stimmen draußen werden leiser, verstummen gar. Das Feuer, um das das Horn ging, brennt ohne Flackern im friedlichen Leuchten, das sich im Herzen der sengenden Flamme verbarg. Nun sind sie eingetreten; jeder fühlt es, jeder weiß es, gleichviel ob er sie gestalthaft wahrnimmt oder im Glanz, den sie ausstrahlen. Nun ist die Zeit nicht mehr.

Das wirkt noch lange in den Gesichtern, den Haaren, den Waffen und Kleidern nach. Auch in den Augen, die weit in das Kommende sehen.
Das erklärt die Furchtlosigkeit. Wer einmal mit ihnen tafelte, dem bleibt die Heiterkeit erhalten bis in den brennenden Saal. Sie wird durch die Flamme hindurchführen ..." .[3]

Was wir hier vor uns haben, impliziert einen Ausbruch aus der Trivialontologie, durch die sich die rauschlosen Weltdeutungen eine dogmatische Verfassung geben. Jene unwiderruflich verlorenen Welten, in denen es Ankommendes, Eintretendes und Durchgehendes dieser Art "geben" konnte, unterscheiden sich von der unseren nicht zuletzt dadurch, daß sie zwar einen elaborierten Gebrauch der Droge, aber keine Drogenprobleme kennen, daß sie extreme Formen des Rausches evozieren, aber keine Sucht im geläufigen Sinn des Wortes erzeugen. Fast kann man für jene Welten die Faustregel ausgeben: je profunder die Drogenerfahrung, desto unmöglicher die Sucht. Was die Suchttendenz aus dieser Drogenpraxis schon im Ansatz ausschließt, ist die rituelle Fassung der Ekstase und die sakramentale Definition der durch die Rauschmittel aufgeschlossenen Realitäten. Im übrigen verwende ich den Ausdruck Sakrament in einem starken magisch-priesterlichen Sinn, neben dem auch der katholische Sakramentalismus wie von symbolischer Blässe befallen wirkt. Freilich, trüge unsere geweihte Hostie einen Tropfen von Albert Hoffmanns berühmtem Sorgenkind Lysergsäurediäthylamid, so hätte auch sie noch einen Anspruch darauf, mit Soma und Peyote in einem Atemzug genannt zu werden. Doch wollen wir von dem europäischen Schlüsselsakrament, dem Abendmahl, nicht mehr verlangen als unsere Kultur insgesamt zu geben vermag; es bietet katholisch nährstoffarmes Brot für die Laien und exquisiten Meßwein für den Klerus; es offeriert protestantisch frommes Surrogat in beiderlei Gestalt: das besagt genug über die Richtung, die unsere Zivilisation in den Fragen der Partizipation an der göttlichen Substanz eingeschlagen hat. Wer hier genau hinsieht, dem entgeht nicht leicht, daß die okzidentale Rationalität sich exemplarisch in einem Sakrament des

---

[3] Jünger E (1978) Annäherungen. Stuttgart, S. 156f.

Entzugs verkörpert. Das haben schon die Theologen erreicht, lange bevor die Aufklärer kamen. Nach dem Sieg der Symbolisten über die Realpräsenzmystiker in den Eucharistiedebatten des 16. Jh. wurde vollends deutlich, daß die moderne Seele aus den Paradiesen der rauschhaften Teilhabe vertrieben ist. Die calvinistische Neuzeit wird nur noch die Mysterien der Ersatzdroge kennen: den Kult des Geldes und des innerweltlichen Erfolgs. Daher sind die Vereinigten Staaten die am meisten von Drogenproblemen aufgewühlte Nation der Erde. Wer sich dort nicht mit Siegen droguieren kann, der *muß* sich einfach trösten mit "chemischen Gnadensubstituten" - wie Aldous Huxley die Drogen nannte. Heroin ist die amerikanische Ersatzdroge für den Erfolg. Aus dem göttlichen Pharmakon, das die Teilhabe an der Seinsweise der Unsterblichen vermittelte, ist im Protestantismus das narzißtische Gift geworden, das die Seele mit den Trugbildern der Auserwählung verdirbt.

Der Einbruch der Süchte

Zur Urgeschichte der suchtanfälligen Subjektivität

Nach diesen - notwendigerweise sehr rhapsodischen - Hinweisen auf religiöse und paläopsychologische Dimensionen des Drogengebrauchs, drängt sich dem modernen Bewußtsein die Frage auf, wie die uns so spontan erscheinende Verbindung von Droge und Sucht entstehen konnte.

Wie war es historisch möglich, daß die Sucht zur Droge fand? - Wie konnten die Drogen in den Verruf kommen, süchtig zu machen? Wie konnte der objektivistische Schein entstehen, daß es von sich aus süchtigmachende seelenversklavende Stoffe gibt? - Und wie konnte der psychologistische Anschein aufkommen, daß es von Natur aus suchtdisponierte Subjekte gebe? Man erwarte nicht, daß diese Fragen hier zu einer befriedigenden Antwort finden - ich bezweifle im übrigen, daß die Kompetenzen heutiger Philosophen und Psychohistoriker ausreichen, um sich Problemen solcher Größenordnung mit Aussicht auf Erfolg zu stellen. Was ich im folgenden versuchen will, kann also nicht mehr sein, als eine flüchtige Sondierung des Terrains, das eine künftige philosophisch-psychohistorische Forschung sich zur genaueren Durcharbeitung vornehmen muß.

Damit es zu einer typisch neuzeitlichen Assoziierung von Droge und Sucht kommen konnte, mußten drei Großereignisse in der Geschichte der Subjektivität zusammenwirken - Ereignisse, von denen ein jedes einen Entfaltungsraum von mehreren Jahrtausenden für sich beansprucht hat. Die historische Tiefe dieser

Prozesse ist für ihre Unübersichtlichkeit mitverantwortlich, - so wie ihre Unabgeschlossenheit, ihre uns selbst einbegreifende Großräumigkeit mit daran schuld ist, daß wir in der Regel keine Distanz zu ihnen aufbauen und keine perspektivische Sicht auf sie gewinnen können.

Wenn ich im folgenden den Versuch unternehme, etwas von den Großtendenzen unseres eigenen psychohistorischen Ereignisraumes zur Sprache zu bringen, so setzt das eine Forcierung der Abstraktion voraus. Ich halte dieses Abstraktionsrisiko jedoch für tragbar und setze dabei auf die Annahme, daß eine noch so starke spekulative Überzeichnung der Tendenzen hinreichend kompensiert werden dürfte durch einen Zugewinn an Selbsterfahrung dank Prozeßeinsicht. Die drei subjektivitätsgeschichtlichen Großtendenzen, von denen sich unsere sucht- und drogentheoretische Reflexion Aufschlüsse in eigener Sache verspricht, sind folgende: das Verstummen der Götter; die Entritualisierung des Überwältigenden; die Individualisierung der akosmischen Seelenzustände. Ich will versuchen, den Zusammenhang dieser seelengeschichtlichen Großereignisse zu skizzieren und ihre suchtdynamischen Konsequenzen kenntlich zu machen. Es wird sich zeigen, wie die genannten Phänomene sich ergänzen zu einer Erzählung vom Heraustreten des menschlichen Bewußtseins in eine prosaische, neutrale, überoffene Welt; es ist zugleich eine Geschichte von der progressiven Haltlosigkeit des Subjekts und von der zunehmenden metaphysischen Obdachlosigkeit des Menschenwesens.

Das Verstummen der Götter

Das Verstummen der Götter - unter diesem Titel verbirgt sich eine der größten Zäsuren in der menschlichen Bewußtseinsgeschichte. Von dieser legen wir uns normalerweise nur darum keine deutliche Rechenschaft mehr ab, weil wir selber allesamt Angehörige einer seit langem und durchwegs vom Götterschweigen beherrschten Zivilisation sind. Wir halten unsere prosaische Wirklichkeitsauslegung und unsere alltäglich-nüchternen Innenzustände für so normal und so verbindlich, daß es für uns nichts Bestürzenderes gäbe als den Einbruch neuer jenseitiger Offenbarungen mit kulturoffiziellen Geltungsansprüchen. Durch eine dicht gestaffelte Serie von Regeln und Institutionen linguistischer, psychologischer und juristischer Natur haben wir die Psychiatrisierung aller epiphanischen Kurzschlüsse zwischen Gott und Mensch sichergestellt. Um überzeugend zu erklären, wie es dazu kam, müßte es möglich sein, die Evolution von Weltbildformen und Mentalitätsstrukturen über Jahrtausendzeiträume hinweg konsequent nachzuerzählen. Ich glaube nicht, daß dies beim aktuellen Stand unserer philosophischen und historischen Kenntnisse möglich ist - und auch für die Zukunft sind mehr als ver-

führerische Hypothesen zu diesen Problemen kaum zu erwarten. Was unsere paläopsychologische Organisation anbelangt, so verfügen wir schon heute über ein Arsenal tollkühner intellektueller Flugmaschinen, und wir können uns mit Hilfe großartiger Rückblicke auf die Dynamik linkshemisphärischer Prozesse, auf das verlorene Paradies der Bikameralität und auf die Psychoakustik halluzinierter Totenstimmen in einen so anspruchsvollen wie kostenlosen Denkrausch versetzen. An der aktuellen Bewußtseinslage westlicher Menschen ändert dies freilich wenig. Wir haben die Götter aus der Menge zulässiger und möglicher Erfahrungsinhalte definitiv ausgeschlossen. Wir halten es für ausgemacht, daß das Göttliche, falls überhaupt von seiner "Existenz" die Rede sein kann, grundsätzlich nicht erscheinungsfähig ist, und daß jede Behauptung einer direkten Epiphanie nur durch die pathologische Selbstaffektion eines sich selber täuschenden und mißbrauchenden Bewußtseinsapparates motiviert sein kann. In diesen Überzeugungen resümiert sich ein zivilisatorischer Prozeß von so hoher Prägekraft, so starker Kohärenz und so machtvoller Autorität, daß kein noch so dissidenter Einzelner sich ohne selbstzerstörerische Zugeständnisse an den Irrationalismus die Freiheit nehmen kann, die Legitimität und Notwendigkleit seines Gesamtverlaufs in Frage zu stellen. Selbst wenn sich, wie manche glauben, in diesem Prozeß etwas Verhängnisvolles durchgesetzt haben sollte, so kämen wir doch nicht umhin zuzugeben, daß es sich um ein notwendiges Verhängnis gehandelt hat; so liegt hiermit ein von der Logik der Erfahrungsevolution selbst sanktioniertes Geschehen vor. Wir können uns unmöglich eine Bewußtseinsorganisation zurückwünschen, in der die Götter voraussetzungslos in unseren Seelen ein und ausgehen. Diese Unmöglichkeit bliebe auch dann in Kraft, wenn wir uns davon überzeugen könnten, daß eine erhöhte Verfügbarkeit für die Götter mit einer fast völligen Immunität gegen Süchte verbunden ist. Selbst wenn wir wollten, könnten wir Drogensüchte nicht mehr gegen Götterbesuche eintauschen - denn die Ausrichtung des Zivilisationsprozesses an der Stärkung des Ich-Bewußtseins, der Aufrichtung von Kontrollsubjektivität und der Vollstreckung der anti-medialen Tendenz bleibt, von lokalen Abweichungen abgesehen, unumkehrbar. Es gehört freilich zu den ungelösten Rätseln der Bewußtseinsgeschichte, wieso das Subjekt, in dem Maß, wie seine Undurchlässigkeit für die Götter steigt, anfälliger wird für das Gift der Drogen.

Wir rühren hier an den Zusammenhang zwischen dem ersten und dem zweiten der genannten psychohistorischen Großereignisse. Das Verstummen der Götter impliziert eine Tendenz zur Dekodierung der Ekstase. Man darf ja nicht annehmen, daß der Gebrauch von sakralen Drogen vor 2-3000 Jahren mit einem Mal überall außer Kraft getreten sei. Aber was sich damals offenbar durchzusetzen begann, war eine Tendenz zum Unspezifischwerden der Rauschzustände. Auch in der Ekstase verlernten die Menschen den Dialekt ihrer Götter; auch im Außersichsein der Medien fanden die Götter nicht mehr zu ihrer alten Offenbarungssicherheit zurück. Rausch und Kult treten auseinander. An dieser Stelle öffnet sich ein Tor zum pro-

fanen Drogengebrauch, und sobald dieses passiert ist, geht es schnell in die Sucht- und Säuferhöhlen hinab. Es wird für immer denkwürdig bleiben, daß gerade Zivilisationen mit einem sehr alten und sehr elaborierten Umgangswissen hinsichtlich psychotroper Substanzen sich nach dem Zusammenbruch ihres kulturellen Selbstbewußtseins infolge ihres Zusammenstoßes mit westlichen Menschen binnen kürzester Zeit zugrunde alkoholisiert haben. Mit der Dekodierung der Ekstase, die aus der Offenbarungsmüdigkeit der Götter und der mangelnden Profilschärfe der Rauschbilder folgte, mußte sich ein flacher und entritualisierter Umgang mit den mächtigen Substanzen durchsetzen. Aber sobald die rituellen Halterungen fallen, die dem Subjekt in seinem Umgang mit den sakralen Drogen den Rücken stärkten, findet dieses sich in einer ungeschützten Direktbeziehung zu dem vor, was aller Erfahrung nach stärker ist als das profane Selbst. Zu den tragischen Lektionen der Droge gehört es ja, daß sie es dem Menschen verbietet, ein Privatverhältnis zum Überwältigenden aufzubauen. Denn unter den Voraussetzungen des Privatkonsums beginnt jede Droge früher oder später die Definition des Dämonischen zu erfüllen. In der dämonischen Beziehung verliert das Subjekt sein Selbst an den stärkeren Partner. Gewiß muß jedes Subjekt, wenn es nicht ganz der prosaischen Austrocknung erliegen will, sich in ein bewußtes Verhältnis bringen zu dem, von dem es weiß, daß es stärker ist als dieses selbst. Dies geschieht in der Regel durch die religiösen Institutionen der Völker: durch ritualisierte mystische Partizipation oder durch die Kodifizierung der Loyalitätsverhältnisse zwischen Göttern und Menschen. Wenn aber das Subjekt seine ekstatischen Exkurse decodiert und somit in den Sog des privaten und entritualisierten Drogenkonsums gerät, so bricht sich eine degenerative Tendenz Bahn. Manchmal halten familiäre Schutzgeister noch ihre Hand dazwischen -"Mütter gegen die Mafia" ist eine sehr signifikante Konstellation - ; wo dergleichen entfällt, schlägt die privatisierte Partizipation am Stärkeren in eine maligne Überwältigung um; der Weg zum Ausagieren von Spannungen aus den Kraftfeldern des ontologischen Masochismus ist frei; das Subjekt wird abhängig von den Hochgefühlen der Vernichtung und von der Intensität der beschleunigten Verbrennung. (Man hat ja einmal gesagt, daß sich Süchtige von Normalen nur dadurch unterscheiden, daß sie sich für eine etwas höhere Selbstzerstörungsgeschwindigkeit entschieden haben.) Das Subjekt sitzt von da an in der eigenen Falle, sofern es zum schwachen Teilhaber einer Überwältigung geworden ist, die ihm als destruktive Privatekstase im Nacken sitzt. Das legitime Verlangen des Subjekts nach Teilhabe am Inbegriff der Kraft führt im privatisierten Drogenkonsum zu einer dämonischen Platzvertauschung. Statt an der Kraftquelle zu saugen, wird das Subjekt selbst zum Gesogenen, es entleert sich zugunsten des Überwältigenden, von dem es eigentlich gefüllt und gekräftigt werden wollte. Diese Sogumkehrung gehört zu den Merkmalen der Sucht, an denen sich deren Herkunft aus mißratener Metaphysik am deutlichsten ablesen läß. Die inkurable Sucht ist ein gescheiterter Kult, - ge-

scheitert vor allem deswegen, weil er entritualisiert und ohne die Sicherungen der symbolischen und religiösen Visionscodierung durchgeführt wird. Gerade an der Stelle, wo das Subjekt seine Rechnung mit dem Überwältigenden begleichen muß, haben die neuzeitlichen Tendenzen zur Entritualisierung und Individualisierung der Kultur systematisch ein Einfallstor für alle möglichen Suchttendenzen offengelassen. Denn mit allem, was stärker ist, als sie selbst, sind moderne Individuen tendenziell allein; so sind sie prädestinierte Opfer für zahllose Formen des Subjektwechsels und der Sogumkehrung. Das haben die Agitatoren der politischen Religionen und die großen Chefs der Mafia besser als irgendwer sonst erfaßt. Wie der Psychiater Harold Searles einmal gesagt hat, daß jeder Verrückte ein von jemandem Verrücktgemachter sei , so könnte man zeigen, daß heute jeder Fanatiker ein von jemand Fanatisierter und jeder Süchtige ein von jemand Ausgesogener ist. Der drogenerfahrene Dichter Charles Baudelaire hat vor über 100 Jahren die Empfindung zu Protokoll gegeben, "daß er von der Pfeife geraucht wurde" - ein Satz, der sich zwischen Einverständnis und Panik merkwürdig in der Schwebe hält; er klingt zugleich entsetzt und zufrieden, so als habe Baudelaire nicht entscheiden mögen, ob für den zivilisierten Menschen die *Selbsterhaltung* oder die *Selbstaufgabe* das tiefere Verhängnis sei. Gewiß lebt der Bürger der modernen Welt *a priori* in einer Disposition zur Sucht, insofern jedes Subjekt in seiner Eigenschaft als konsumierter Konsument hart am Rande der malignen Überwältigung wandelt. Es gehört zu den Betriebsillusionen der Moderne, den Subjekten das luxuriöse Leben von Endverbrauchern zu empfehlen, ohne ihnen rechtzeitig zu verraten, daß sie selber die Endverbrauchten sein werden.

Auch nachdem von der Entritualisierung des Drogengebrauchs und von der Entstehung des konsumistischen Individualismus als Verhaltensmuster neuzeitlicher Kultur schlechthin die Rede war, wird es ein prekäres Unternehmen bleiben, die dritte von den genannten subjektivitätsgeschichtlichen Großtendenzen zur Sprache zu bringen - ich meine die Individualisierung der akosmischen Seelenzustände. Von Dingen wie diesen zu sprechen, ist auch für eine ätherische und negativitätsgeübte Disziplin wie die moderne Philosophie nicht unverfänglich, weil es sich hier um eine verbotene Zone der Reflexion handelt; außerdem ist es stets mißlich, gleichsam mit dicken positiven Fingern auf die "Dimension" der menschlichen Existenz zu zeigen, die sich vom Sein ins Nichtsein erstreckt.

Menschen sind, einer Sprachregelung der maßgeblichen modernen philosophischen Existenzdeutung zufolge, Wesen, die sich positionell dadurchauszeichnen, daß sie "in der Welt" sind. Das Dasein des Menschen ist von Grund auf ein In-der-Welt-Sein. Aber in welchem Sinn haben wir die Präposition "in" hier zu verstehen? Wie sind wir in der Welt? Sind wir in ihr wie an diesem Ort, der in dieser Stadt ist, die in diesem Land ist, das auf dieser Erde ist, die in diesem Universum ist? Denn wo ist das Universum, wenn nicht *in* uns, in unserem Dasein, in unserem Offenstehen für sein Aufgehen? Sobald wir das "In" als absolute Präposition

gebrauchen, können wir auf die Abgründigkeit der menschlichen Positionalität aufmerksam werden. Wenn wir uns in einem absoluten Sinn lokalisieren wollen, finden wir uns im Bodenlosen wieder. Wir sind nicht *in* der Welt wie die Fliege im Glas oder die Puppe in der Puppe, - eher wie der Sprung in der Leere oder der Pfeil in der Bläue. Das *In*, als absolute Präposition gebraucht, führt also einen Bewegungsindex mit sich; dieser deutet auf die Seinsweise eines Wesens, das in eben dem Maß in der Welt ist, wie es auf dem Sprung zur Welt ist - oder im Fall zur Welt, - falls man diese urgnostische Bewegungsmetapher bevorzugt. Aufgrund von Überlegungen dieser Art habe ich seit einigen Jahren damit begonnen, das Vermächtnis der Existenzphilosophie in eine Reflexionsform von philosophischer Psychologie umzuarbeiten, die ich die "Analytik des Zur-Welt-Kommens" nenne. Dieser zufolge müssen wir den positivistischen Rest, der noch an der Redeweise vom In-der-Welt-Sein des Menschen haftete, abstreifen, um unsere Existentialität endlich ganz aus dem gegenwendigen Spiel des Eintritts in die Welt und des Rückzugs von ihr zu begreifen. Demnach impliziert menschliches Dasein mehr als einen irreversiblen Auszug aus der Präexistenz in die Existenz, sondern ebensosehr eine quasi nirvanische Gegenbewegung, die unser Hineinragen in die Spannung von Weltbezügen zurücknimmt. Durch die Analytik des Zur-Welt-Kommens werden wir befähigt, die zyklische Struktur von Wachen und Schlafen auf eine ontologische Rhythmik von Weltaufgängen und Weltuntergängen abzubilden - wobei das Auf- und Untergehen der welthaften Objektivationen wie auch das Schlafen und Wachen des Subjekts ebenso eine buchstäbliche Interpretation dulden wie eine metaphorische. Der Existentialismus bleibt solange einäugig, wie es ihm nicht gelingt, sich in einem Inexistenzialismus zu spiegeln und sich von ihm ergänzen zu lassen; erst beide zusammen erlauben jene stereoskope Sicht der menschlichen Welteinwohnung, die den Bedürfnissen einer philosophischen Tiefenpsychologie entgegenkommt. Als solche bezeichne ich jene Psychologien des Unbewußten, die sich theoretisch und praktisch den Zugang zum natalen Drama gebahnt haben. Ich habe mich davon überzeugt, daß nur durch die Entfaltung einer Theorie der menschlichen Natalität der Graben überbrückt werden kann, der seit einigen Jahrhunderten die akademische philosophische Forschung von den Sorgen der klinischen Psychologie abtrennt. Die Meditation der Natalität schließt neben der existentiellen endlich auch die inexistentielle Dimension auf, mit der es die Therapeutik der großen Süchte und der psychotischen Negativität immer schon zu tun hatte. In der Sucht begegnet uns ja eine individualisierte, von der Gesamtkultur abgespaltene Revolte des Subjekts gegen die Zumutung des Seins. Beim entritualisierten Gebrauch der Drogen bahnen sich die Subjekte sozusagen wilde Rückwege in die Inexistenz, als wären sie in einem so mächtigen wie verborgenen Winkel ihres Wesens zu souverän, um sich die Plumpheit des Daseins zuzumuten. Es ist ja wahr, nichts macht so überlegen wie das Nichtsein; nichts macht so frei wie das Schweben über dem Gegensatz von Dasein und Fortsein. Es

kommt, denke ich, nicht ganz von ungefähr, wenn manche Drogentherapeuten bei ihren Klienten gelegentlich eine Haltung wahrzunehmen meinen, die sie als Koketterie der Unheilbarkeit oder als Stolz der Unerreichbarkeit beschreiben. Die Süchtigen verbünden sich mit den Drogen, um sich bei diesen zu borgen, was sie mit eigenen Mitteln nicht mehr aufzubringen vermögen - die Kraft zur Unterbrechung des Zwangskontinuums der Realität. In jeder Sucht spielt also ein verwahrlostes ontologisches oder weltkritisches Motiv eine Rolle: durch die Allianz mit der Droge und ihrem Überwältigungsangebot setzt das süchtige Subjekt eben seine Existentialität außer Kraft, durch die es in die Spannung der Weltoffenheit hinausgehalten ist - mitsamt ihren Vorgaben an intersubjektiver Herausforderung, Sachzwang und Sorgenlast. Insofern wäre es falsch, in der Droge lediglich ein Medium der Weltflucht zu sehen. Wohl ist der Süchtige in gewisser Hinsicht auch ein Deserteur, der sich unerlaubt von der Realitätstruppe entfernt. Aber in Wahrheit entfernt sich der Droguierte mehr noch von seinem Selbst, das ihn kraft seiner Existentialität an die Wirklichkeitsfront schicken müßte. Existenz ist offenkundig ein ontologisches Ansinnen an den Menschen, für das es keine Zwangsvollstreckung gibt, - man kann niemandem einen Haftbefehl vorweisen, aus dem für den Betroffenen hervorginge, daß er von nun an zur Selbstübernahme verpflichtet sei. Die Droge bezieht ihre Macht zur Überwältigung der Psyche nicht aus ihrer chemischen Offensivwirkung allein; sie wird mächtig und übermächtig nur in dem Maß, wie sie sich einem Unwillen zu sein dienstbar und unentbehrlich machen konnte. Als privatisierte und verheimlichte Dienerin derNichtseinstendenz erst kann sie zur Herrin der Seele werden.

Wir rühren hier an eine Tiefendimension der Bewußtseinsgeschichte, die sich bisher der psychologischen Erforschung weitgehend entzogen hat. Über den Geheimnissen der Inexistentialität liegt noch immer ein Bann, der das Denken in Gesten des hilflosen Positivismus erstarren macht. Wenn unsere Reflexion sich philosophisch wie therapeutisch aus der Erstarrung vor der Meduse der Negativität lösen soll,so müssen wir dem Sein selbst ein rhythmologisches Muster zugestehen, das durch sein eigenes Gegenteil schwingt. Was nottut, ist eine okzidentale Version von Nirvanologie; diese könnte auf unser Denken wirken wie eine Entspannungskur, die die Substanzen vom Vorhandenheitszwang befreit und die Subjekte vom Terror der Existenz erlöst. Aber besitzen wir denn in unserer eigenen Überlieferung Ansätze oder Modelle solcher "Kuren". Die Ideenhistoriker wissen auf diese Frage keine sichere Antwort; allenfalls könnten sie - außer auf mystische Episoden - auf jenes komplexe Ereignis hinweisen, das sich vor 2000 Jahren mit dem Auftreten der vorderorientalischen und mediterranen Erlösungsreligionen vollzog. Ohne Zweifel gehört der Einbruch der Erlösungsidee in den Motivations- und Begriffshaushalt der Menschheit zu den brisantesten Tatsachen der Bewußtseinsgeschichte. Seit die Idee der Erlösung mächtig wurde, schwelt ein radikalrevolutionärer Funke im menschlichen Weltbewußtsein weiter:

wo Erlösung ins Spiel kommt, dort beginnt für Menschen das Abenteuer der absoluten Ambivalenz. Mit dem Verlangen nach Erlösung tritt die Möglichkeit der Verneinung von Welt und Leben schlechthin in die Welt - wohlgemerkt die Möglichkeit einer heiligen Verneinung, die sich von der profanen Positivität des bloßen Existierens abstößt. Von nun an schwindelt dem Geist vor der Umkehrbarkeit aller Vorzeichen. In der fundamental ambivalenten Welt wird die Entmischung von Gut und Böse lebenswichtig - zumindest solange nicht ein kosmologischer Humor auch die letzten Ambivalenzen umspannt und entpsychotisiert. Tatsächlich wirft die Bekehrbarkeit des Selbst einen Schatten auf die Welt in ihrer Verkehrtheit. Bin ich erlösbar, so ist die Welt als ganze entkräftet wie eine falsche Prämisse. Wer mit dem Erlösungsfeuer spielt, steht niemals ganz außerhalb der grandiosen Versuchung, das Weltgebäude in Brand zu stecken - oder es seinem Ruin zu überlassen. Die Geister der Urverneinung sind seit dem Einbruch der christlichen und der gnostischen Erlösungsideen in der westlichen Psyche geweckt. Aller offizialchristlichen Schöpfungsfrömmigkeit zum Trotz treiben sie seit 2000 Jahren in den Dunkelzonen der abendländischen Subjektivität ihr Wesen.

Die großen Kenner der menschlichen Seele haben darum stets Zugeständnisse an die suggestive Weisheit des Dualismus machen müssen. Von der manichäischen Kernspaltung der Gottheit bis zur Freudschen Theorie vom Todestrieb hat es in der westlichen Denktradition nicht an Versuchen gefehlt, die große Verneinung zu substantialisieren. Ich meine jedoch zeigen zu können, daß die spätantiken Strömungen der sogenannten Gnosis in psychohistorischer Sicht nichts anderes bedeuten als das erste Aufflackern eines nirvanologischen Impulses auf westlichem Boden. Der gnostische Antikosmismus war eine Anstrengung der spätantiken Psyche zur autotherapeutischen Abkoppelung des Selbst von dieser grotesken und bösemachenden Welt - er war ein wie auch immer prekärer Versuch, die pneumatische Seele in dieser Wirklichkeit heimatlos zu machen, um ihr die Aussicht zu eröffnen auf Selbstheilung in himmlischer Reintegration. Die Seele, die sich hier nur als eine verirrte, durchgehende und heimkehrende begreift, genießt vom Augenblick der gnostischen Selbsterinnerung an die Gewißheit, daß ihre Postexistenz sich wiedererkennen wird in einer von der Überfülle des Seins durchfluteten Präexistenz. In struktureller Sicht bedeutet die Abmeldung des gnostischen Subjekts aus dem Kosmos und seine Repatriierung in einer ursprünglichen Akosmizität ein westliches Analogon zu dem Übergang des Buddha vom Haus in die Hauslosigkeit - beides sind Gebärden der ontologischen Umsiedelung, die zu einer nirvanisch-akosmischen Weltentwöhnung des Menschen führen soll. Mit Hilfe der großen Verneinung wird ja die Weltsucht selbst geheilt und die leiderzeugende Gier nach Macht im Wirklichen gemildert. Durch die Lösung von seiner Weltansässigkeit wird das Subjekt mit den Wahrheiten des nomadischen Lebens wieder in Verbindung gebracht; als gnostischer Freigeist, als Sanyassin, als Buddhist vermag sich der einzelne kraft eines metaphorischen Nomadentums selbst

von der Besessenheit durch säkulare Besitzstände zu befreien. Die buddhistische Nirvanologie und die gnostische Akosmologie entfalten bei all ihren tiefen Verschiedenheiten gemeinsam die Energie, den Zwang des Offizialrealismus zu brechen; mit sanfter Strenge lösen sie das Subjekt aus der unerbittlichen Positivität des In-der-Welt-und-nirgendwo-sonst-Seins heraus. Kraft einer denkwürdigen Geste metaphysischer Großzügigkeit bieten die Lehren des Buddha und der Gnosis dem von Realitäten vergifteten und überladenen Menschen die doppelte Staatsbürgerschaft des Seins sowie des Nichtseins an; sie entblockieren auf diese Weise den Zugang zur Weltlosigkeit und zur Inexistentialität; sie regenerieren eben dadurch die weltbürgerlichen Kräfte des Subjekts. Dies sind Großereignisse in der Bewußtseinsgeschichte der Menschheit, die in ihrer Tragweite unser alltägliches Verständnis von Existenz, Welt und Wirklichkeit noch immer übersteigen. Auch Philosophen, von denen man ein sympathetisches Nachdenken über die *condition humaine* erwarten sollte, und Psychotherapeuten, die ihre Berufsehre auf dem Anspruch gründen, die Voraussetzungen psychischer Integrität notfalls gegen die Normen der Offizialkultur zu verteidigen, - auch Philosophen und Therapeuten also sind, sage ich, allzu oft dem Dogmatismus der Existentialität verfallen. Die typische Geste des dogmatischen Existentialismus ist diejenige, mit der wir, im Vollgefühl eigener Realitätstüchtigkeit, die anderen in die Vorhöllen der allzuwirklichen Wirklichkeit hinausschicken. Wir tun dies mit dem guten Gewissen von erfolgreichen Existierern, und wir tun es, obwohl wir wissen oder wissen müßten, daß unsere Klienten hierin weniger glücklich waren als wir selbst, - warum hätten sie sich sonst in ihre privaten Dunkelkammern zurückziehen sollen? - Was hätten sie sonst zu suchen in den weltlosen Nischen der Neurose und der Sucht? Und warum hätten sie sonst Zuflucht nehmen sollen zu ihren psychotischen Appellationen gegen ihre unverdiente Vorverurteilung zu diesem Dasein in der tödlichen Äußerlichkeit der Welt? Wenn wir uns auf die Höhe dieser bewußtseinsgeschichtlichen Ereignisse begeben wollen, so müssen wir uns, gerade als therapeutische und philosophierende Mitwisser des Menschen, von dem Dogmatismus der Daseinszumutung verabschieden, der unserer christlich geprägten Offizialontologie mit ihrem Schöpfungspositivismus und ihrer Zwangsbejahung der Realität zugrundeliegt.

Für die therapeutische Ethik ist nur der Weg des Mitgefühls mit den inexistentiellen Tendenzen des Lebens noch offen. Auf diesem Weg eröffnen sich Einsichten in die verborgensten Suchtdispositionen unserer Zivilisation. Die Therapeutik der Zukunft steht vor der Aufgabe, der unerlösten Erlösungssehnsucht zu begegnen und der verheimlichten großen Verneinung Wege ins Freie, Gemeinsame und Verwandelbare aufzuzeigen. Denn erst wenn die Kultur selbst sich auf philosophisch und therapeutisch überzeugende Weise der menschlichen Inexistentialität annimmt, werden die Individuen dem pharmazeutischen Eskapismus bewußter widerstehen können.

Über die Menschlichkeit des Entzugs

Nach dem Vorausgegangenen scheint es mir möglich, einen religionsphilosophischen Begriff der Sucht vorzuschlagen. *Sucht ist ein decodiertes, das heißt verdunkeltes und entsprachlichtes Verlangen nach Befreiung vom Existenzzwang.* Sie ist der Ernstfall der Privatreligion. Sie entsteht durch einen frivolen, privaten, entritualisierten und unwissenden Umgang mit psychotropen Substanzen. In die Frivolität spielt formlose Urverneinung herein. Die Anfänge der Sucht liegen in dem Versuch der Subjekte, sich in ein Privatverhältnis zum Eintretenden und Überwältigenden zu setzen; sie ist Konsumismus im Absoluten. Freilich würde das Subjekt am Suchtstoff allein nicht zerbrechen. Die große Zerrüttung entspringt aus der Wechselwirkung von Droguierung und Entzugsangst. Vor allem das chronische Grauen des Entzugs löst eine primärprozeßhafte Desintegration aus. Sie führt zur Unmöglichkeit, eine Person zu sein. Der Verlauf des Prozesses ist der einer akuten Krankheit zum Tode; die Krankheit gewinnt ihre enorme Macht durch die Synergie zwischen Sogumkehrung und Inexistentialismus. So wie Baudelaire wußte, daß er von seiner Pfeife geraucht wurde, so weiß der durchschnittliche Droguierte, daß er von der Droge genommen wird. Er weiß es, weil er sie nahm, um von ihr genommen zu werden. Die Sucht ist ja nichts anderes als die zwanghafte Zustimmung zum Sog als Genommenwerdenwollen. Insofern haben die Vertreter des scharfen Kurses und der rüden Tonart in der Drogentherapeutik nicht unrecht, wenn sie sagen, daß man im Süchtigen in erster Linie den freien Selbstzerstörer respektieren muß. Daraus ergibt sich zwischen dem Süchtigen und seinem Helfer eine außerordentliche Konfiguration der Bewußtseine: sie stehen einander als Subjekte gegenüber, die voneinander wissen, daß sie im Grunde nichts füreinander tun können. Der Droguierte weiß, daß er nicht seinem Helfer zuliebe suchtlos werden kann, und der Helfer weiß, daß keine noch so maternisierende Zuwendung dem Süchtigen den Hunger nach Überwältigung nehmen kann. Die Grundsituation der Suchttherapie ist also nicht die Fürsorgeverabredung zwischen Helfer und Klient, sondern das Duell zwischen zwei Bewußtseinen, die sich gegenseitig hilflos machen. Die Hilflosigkeit eines jeden gegenüber dem anderen ist identisch mit der Macht, den anderen seine Ohnmacht fühlen zu lassen. Aber irgendwann wird der Helfer dem Süchtigen doch zeigen, daß er ihn sterben lassen kann, ebenso wie der Süchtige dem Helfer in einem Augenblick der Wahrheit zu verstehen geben wird, daß er ihn niemals zu einem Leben zu seinen Bedingungen überreden kann. Mit diesem Befund wird eine tragische Grenze erreicht, die von keiner Therapeutik zu überschreiten ist. An dieser Grenze scheiden sich die Geister, - die einen, um die menschliche Situation im ganzen hinter sich zu lassen, die anderen, um die unbequeme Menschlichkeit des Entzugs zu bejahen.

Denn keineswegs hat die Tragödie immer das letzte Wort. Auch die von der großen Verneinung infizierten Seelen kennen das Einlenken gegenüber der Wirklichkeit, sie machen irgendwann doch gute Miene zum bösen Spiel, sie üben das nachträgliche Jasagen zu den Tatsachen des Lebens, sie willigen ins eigene Dasein ein und lernen den Geist des Kompromisses schätzen. Ich möchte den Gedanken der nachträglichen Einwilligung aktivieren, um unser Talent zur Tragikomödie hervorzuheben: *no dope, no hope*, das ist der erste Satz eines humoristischen Romans, in dem nur Leute wie wir vorkommen. Gewiß, existieren heißt immer, den Nachteil geboren zu sein auf sich nehmen müssen; aber es heißt auch, nach Wegen suchen, wie dieser Nachteil aller Nachteile in den überwältigenden Vorteil der Weltentdeckung umzuwandeln wäre. Gegen die Überwältigung durch das Weltlose hilft nur die Überwältigung durch den Glanz der Welt. *"Nil contra deum nisi deus ipse."* Wer zur Welt gekommen ist, hat durch diesen Akt zu erkennen gegeben, daß er bereit war, die Droge des Nichts gegen die Ersatzdrogen des Daseins einzutauschen. Ist jemand in der Welt, so hat er hat sich vorgewagt in eine Zone, wo man mit etwas weniger Dunkelheit, weniger Schlaf, weniger Spannungslosigkeit, weniger Zeitenthobenheit auszukommen versucht als in der präexistentiellen und vorweltlichen Verfassung. Dasein ist also immer auch schon ein Vorstoß in rauschärmere Zonen; es ist eine Expedition ins Nüchterne und Neutrale; dort lichten sich für uns die Dinge in ihrem Ansichsein und setzen uns ihren Widerstand entgegen. In diesem Sinn ist Existenz immer schon ein Draußensein beim Fremden, Schweren, Eigensinnigen. Tatsächlich ist die Außentemperatur meist kälter als damals im großen Innen; die Luft, die wir atmen, bedeutet im Vergleich mit dem angetörnten Gemeinschaftskreislauf von Mutter und Kind die reinste Endorphin-Deprivations-Folter. Für den Fötus war das mütterliche Medium ein Musikinstrument, das gleichzeitig für das rhythmische und das opioide Kontinuum sorgte. Doch seit wir das Dasein im Sinne des In-der Welt-Seins üben, sind Musik und Opium selten geworden. Statt dessen wimmelt es von Therapeuten und Priestern und Arbeitgebern, und von Dealern, die überhöhte Preise fordern. In dieser Hinsicht sind wir alle, die so leichtsinnig waren, ins Freie zu kommen, nichts anderes als aus dem Takt Gebrachte, auf Entzug Gesetzte, kleine Zwischenhändler der Ersatzdroge Lebenskunst; wir bringen unsere Tage damit zu, unseren Drogenstandard auf dem niedersten Niveau einzupegeln, das wir ertragen; er definiert, was Realität heißen soll. Wir wissen, es kommt alles darauf an, nicht mehr Sorgen zu haben als Likör, aber auch nicht mehr Likör als Sorgen. Solange wir uns an diese Regel halten können, bleibt die Tragödie auf Distanz. Mit dem Abstand zu den Extremen, den uns die Nüchternheit und der Wille zur Realitätsprüfung gewähren, gewinnen wir die Freiheit, die eigentliche Menschenwelt zu betreten. Dort wissen die Abgründe, wie es um den Mitabgrund steht.

Aus der Tiefe des Mitwissens verbinden wir uns zum gemeinsamen Leben. In der Menschenwelt kommt es, nicht bloß für Suchttherapeuten, darauf an, sich zu bewähren als Mitwisser vom Existieren und seinem Gegenteil; mit unseresgleichen teilen wir die Verlegenheit, zu sein.

Therapeutisches Handeln bei Abhängigkeit und Sucht unter psychoanalytischem Aspekt

Annelise Heigl-Evers

Wenn auch der Gebrauch und Mißbrauch psychotroper Stoffe wie Opium, Haschisch, Alkohol und vieler anderer schon lange bekannt war und immer wieder die Behörden der jeweiligen Obrigkeit zu einschränkenden Maßnahmen oder Verboten veranlaßt hatte, war die Sucht bis in das 19. Jahrhundert hinein noch kein Gegenstand wissenschaftlich-medizinischen Forschens und Handelns. Schadewaldt (1986) exemplifiziert diesen eigentümlichen Widerspruch am Opium, das als Bestandteil von Medikamenten, insbesondere des auch heute noch bekannten Laudanums, auch über Europa weit verbreitet war.

"Es bleibt aber überraschend, daß trotz subtiler Kenntnis der therapeutischen und auch toxischen Effekte des Opiums bis zu Beginn des 19. Jahrhunderts niemals die dritte, bedeutende Wirkungsqualität, der *suchterzeugende Effekt*, erkannt wurde, obwohl schon von den Zeiten des Galen an immer wieder einzelne Berichte existieren, in denen von der Abhängigkeit eines Patienten vom Opium die Rede ist" (Schadewaldt 1986, S. 164).

Erst zu Beginn des 19. Jh. wird die Alkohol- und Opiumsucht als medizinisch zu behandelndes Phänomen, d.h. als Krankheitsbild definiert. Die zunehmende Verbreitung der Suchterkrankungen führte dann allmählich zur Abkehr von der Annahme, bei dem chronischen Mißbrauch der Droge handele es sich um eine randständige Erscheinung, um eine Fehlhaltung, die ohnehin nur bei 'moralisch Minderwertigen' oder bei Patienten mit psychopathologischen Befunden auftrete. Mit dieser Umstellung in der Betrachtung von Suchtphänomenen war dann auch der Weg dafür freigegeben, daß Suchterkrankungen in ihren Erscheinungsformen, in ihrer Genese und mit den hier entstehenden therapeutischen Fragestellungen und Herausforderungen zum Gegenstand intensiver Forschung in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen werden konnten.

Die 'Würde einer Krankheit' erlangte süchtiges Verhalten freilich erst spät – durch die Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 18. Juni 1968. Diese hatte zum Inhalt, daß 'Trunksucht" nicht erst im fortgeschrittenen Grade als Krankheit

im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung anzusehen sei, sondern daß "Sucht" selbst einen regelwidrigen Körper- und Geisteszustand bilde, der sich im Verlust der Selbstkontrolle und in der krankhaften Abhängigkeit vom Suchtmittel, im Nicht-mehr-aufhören-Können äußere. Mit diesem Urteil waren die Weichen dafür gestellt, daß Sucht und Abhängigkeit in den Katalog der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und auch der gesetzlichen Rentenversicherung aufgenommen wurden, da der Krankheitsbegriff von jeher in diesen Versicherungssystemen gleich ausgelegt worden ist.

Suchttheorien

Die hauptsächlichen Ansatzpunkte, Erklärungs- und Argumentationsstrategien der heute diskutierten Suchttheorien sind:
- somatisch physiologische,
- psychogenetische,
- soziologische.

Auf der Linie thematisch gebotener Eingrenzung möchte ich mich im folgenden auf die *psychogenetischen* und hier wiederum auf die *psychodynamischen* Theorien konzentrieren:

Psychogenetische Ansätze erklären Suchtphänomene als Ergebnis von lebensgeschichtlich erworbenen psychischen Strukturen und situativ ausgelösten Reaktionsweisen, die eine angemessene Bewältigung von Problemlagen behindern. Statt dessen - so ließe sich als gemeinsame Perspektive der hier vorliegenden verschiedenen Erklärungsansätze (dem psychodynamischen, dem lerntheoretischen und dem systemischen) formulieren - wird die Droge zum Medium eines Selbstheilungsversuchs hinsichtlich solcher innerpsychischer Schwierigkeiten, allerdings mit hohen und ständig steigenden biographischen Kosten, mit anderen Worten: zu Lasten der weiteren Lebensgestaltung. Darunter ist hier der schleichende, dem Betroffenen erst sehr spät erkennbare Verfall seiner psychischen und physischen Leistungsfähigkeit und damit seiner biographisch-sozialen Kompetenz zu verstehen.

Mit psychodynamischen Ansätzen sind jene psychogenetischen Theorien gemeint, die menschliches Handeln in letzter Konsequenz auf das Wirken innerpsychischer Kräfte wie Trieb, Affekt, Instinkt, Bedürfnis, Libido o. ä. und deren Konfliktdynamik zurückführen. Bei diesen Erklärungsansätzen geht es insbesondere um Störungen der frühkindlichen Entwicklung, die zur Ausprägung von permanenten Defiziten der persönlichen Handlungskompetenz führen, so daß die davon Betroffenen zu deren Kompensation auf Drogen zurückgreifen.

Theoriestand der Psychoanalyse

Der heutige Stand der psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Theorie sei im folgenden kurz skizziert: Die Kernfragen zu den Entstehungsbedingungen von Abhängigkeit und Sucht sowie ihren psychischen Merkmalen haben sich in der psychoanalytischen Diskussion seit ca. 60 Jahren kaum verändert; lediglich Akzentuierungen in der Auseinandersetzung mit dem Phänomen 'Sucht' und eine Verschiebung von der Triebtheorie hin zur Ich-, Objekt- und Selbstpsychologie wird deutlich und spiegelt die Wissenschaftsgeschichte der Psychoanalyse wider. Immer noch gibt es hier mehr Fragen als Antworten, vor allem hinsichtlich des Problems der Sucht*spezifität*, einer suchtspezifischen seelischen Struktur. Es geht um die Frage, *ob* und gegebenenfalls *wie* sich suchtkranke Menschen strukturell von Patienten anderer Störungsgruppen unterscheiden.

In der deutschsprachigen Literatur war es in der zurückliegenden Zeit vor allem Lührßen, der 1984 auf die innerseelischen Bedingungen fokussierte, in deren Folge der Mensch nach einer Droge greift. Im Rückgriff vor allem auf Radó (1926) und Wurmser (1972) suchte Lührßen eine Erklärung süchtigen Verhaltens, m.a.W.: er versuchte, Grundstörungen zu beschreiben, wobei er von der Beantwortung zweier Fragen ausging:

1. Welche Hilfe erwartet der Süchtige von der Droge?
2. Was bewirkt die Droge? (Hier ist zu ergänzen: Was bewirkt sie im Inneren des Süchtigen, in welcher Wechselwirkung steht sie zum Triebgeschehen sowie zur Ich-Struktur, und welche Funktion übt sie unter dem Aspekt dominierender Selbst-Objekt-Beziehungen aus?)

Mit Wurmser (1972) beschrieb Lührßen (1984) die Funktion der Drogeneinnahme als mißglückten Selbstheilungsversuch, mit Radó (1926) als Substitution eines fehlenden bzw. nicht ausreichend gut funktionierenden Reizschutzes; er koppelte sie mit einer archaischen Otjektabhängigkeit des Kranken, derentwegen die anderen wie auch die Droge lediglich Ichkomplettierende und das eigene Selbst ergänzende Funktionen wahrzunehmen haben. Lührßen weist ferner auf einen Aspekt der Droge hin, den später Rost (1978) wieder aufgegriffen hat: Sucht als eine Art protrahierter Suizid und als disponierender, auslösender und chronifizierender Niederschlag von Bildern und strukturellen Ausformungen früher Objekte mit bösen, sadistischen, zerstörerischen Eigenschaften, die im Inneren des Individuums errichtet worden sind. Eine Vernichtung dieser Introjekte erfolgt nach Rost nur über den Akt der Selbstzerstörung (M. Klein 1972).

Ich-Schwäche und pathologische verinnerlichte Objektbeziehungen sind nun nichts Suchtspezifisches, wir finden sie auch bei anderen seelisch bedingten Erkrankungen, z.B. Borderline-Störungen, schweren phobischen Krankheitsbildern oder Zwängen, um nur einige zu nennen. Sucht kann bei diesen Störungen sowohl im Sinne von

Gleichzeitigkeit wie auch als Prodromal- oder als Folgesymptom auftreten, ein Zeichen dafür, daß sie geeignet ist, andere Symptome zu ersetzen.

Rost (1986) bevorzugt bei seinen Versuchen zur Konzeptualisierung der Sucht den objektpsychologischen Ansatz von Melanie Klein. Als eine Grundstörung versteht er eine *Störung in der oralen Phase*, vor allem der ihr zuzuordnenden *Beziehungsmodalitäten und Abwehrmechanismen*. Eine weitere Grundstörung sieht er in einer Schwäche des Ichs, in deren Kontext er die These vom Substanzmittel-Konsum als Selbstheilungsversuch einsetzt. Die Droge habe die Fähigkeit, Lücken in der Ich-Struktur zu überdecken sowie unerträgliche Affekte zu mildern und übernehme damit Funktionen, die beim gesunden Ich durch psychische Prozesse, vor allem Abwehrmechanismen, wahrgenommen würden (S. 51ff.).

Eine weitere, nach seiner Ansicht suchtspezifische Grundstörung sieht Rost in einer *Objektbeziehungsstörung*, die dadurch charakterisiert ist, daß sie unter der Dominanz der *Identifizierung mit sadistischen Teilobjekten* steht. Sucht als Selbstzerstörung, der Suchtstoff als Mittel dafür, destruktiven Selbsthaß und gegen sich gerichteten Sadismus leben zu können.

Herdieckerhoff (1987) versucht, über eine Auseinandersetzung mit suchttypischen Merkmalen auf der Symptomebene zu einem neuartigen dynamischen Verständnis der Suchtentstehung zu kommen. Es handelt sich um die Trias der Merkmale: *Psychische Abhängigkeit, Kontrollverlust und narzißtische Besetzung von Oralität*. Dabei geht es dem Autor weniger um das Verständnis der Symptome als Ich-Reparatur i. S. eines Selbstheilungsversuchs als vielmehr darum, daß von diesen Kranken der Versuch gemacht wird, über die Externalisierung von Ich- und Über-Ich-Funktionen, also über die Herstellung psychischer Abhängigkeit, sich wichtiger anderer zu versichern und mit Hilfe äußerer Zufuhr 'Heilung' zu erfahren. Abhängigkeit - von ihm als nosologische Einheit gesehen - kann als prima causa, so seine Auffassung, in Verbindung mit Kontrollverlust und narzißtischer Besetzung von Oralität unter bestimmten auslösenden Bedingungen zu einer Suchtentwicklung führen.

1. *Psychische Abhängigkeit*, als eine Grundstörung in der psychoanalytischen Literatur bis dahin nicht konzeptualisiert, resultiere aus einer Entwicklungsstörung im Bereich der Objektbeziehungen, nämlich aus der *Identifizierung mit einer leeren, unempathischen Mutter*, die auf Signale des Kindes mit Befriedigungsangeboten antwortet, nach denen kein Bedürfnis besteht (Heigl-Evers, Standke und Wienen kommen 1981 zu vergleichbaren Annahmen, setzen jedoch die Akzente ein wenig anders: "… daß möglicherweise schon sehr früh in der kindlichen Entwicklung zur Befriedigung von Triebwünschen Angebote gemacht werden, die unpersönliche Mittel zur Beseitigung von Unlustgefühlen beinhalten". Die Folgen solcher Interaktionsprozesse sind: Ich-Schwächung und Ausbildung von Ich-Funktionsdefiziten, wie u.a. mangelhafte Binnenwahrnehmung, geringe Affektdifferenzierung, unzureichende Prüfung auch der äußeren Realität, Verlagerung der Befriedigungserwartung auf Ersatzobjekte. Letzteres heißt aber auch, in der Autonomie behindert, d.h. abhängig von einem anderen zu sein.

2. Der *Kontrollverlust* gehe mit einer unzureichenden Vorstellung von der richtigen, der angemessenen Befriedigungsform von Bedürfnissen einher. Diese können daher immer nur über einen *Ersatz* befriedigt werden. Er bedeutet ferner - unter den Bedingungen von Abhängigkeit - einen sekundären Gewinn, weil er dafür geeignet ist, sich die wichtigen anderen in Ich- und Über-Ich-Funktionen zu sichern, d.h. er steht im Dienste der Abhängigkeit, bedingt und verfestigt sie und wird damit zu einer "Ich-Einschränkung, um psychische Abhängigkeit realisieren zu können".
3. Die *narzißtische Besetzung von Oralität*, von Herdieckerhoff als drittes Element der Grundstörungs-Trias beschrieben, zeigt sich in einer oralen Fixierung und in einer *Idealisierung von Oralität*, die narzißtisch besetzt wird. Sie wird genährt von der 'Überzeugung', daß man die Quelle des Lebens nicht in sich hat, sondern sie von außen zugeleitet bekommen muß" (vgl. Heigl-Evers et al. 1991).

Aufgrund eigener klinischer Beobachtungen und theoretischer Überlegungen legt es sich uns nahe, bei Abhängigkeit und Sucht eine Grundstörung anzunehmen, die als eine *notwendige*, wenngleich *nicht hinreichende* Bedingung für die Manifestation solcher Symptome zu betrachten ist. Diese Grundstörung beruht auf einer mangelnden Abgrenzung der Repräsentanzen, d.h. der Bilder, Imagines, Vorstellungskomplexe vom Selbst auf der einen Seite und von den Objekten auf der anderen Seite, wie es von Kernberg (1979), Rohde-Dachser (1983) u.a. beschrieben wurde. Diese Vagheit der Konturen, diese mangelnde Abgrenzung der dem Subjekt und der seinen Objekten zugeordneten Vorstellungen hat zur Folge, daß auch die Zuordnung von notwendigen Regulierungen und Funktionen an dieses, das Selbst, oder an jenes, das Objekt, unbestimmt und vage bleibt. Wichtige Regulierungen, die im Verlauf einer weitgehend ungestörten Entwicklung vom Selbst übernommen werden, bleiben an Objekte, genauer an Teilobjekte, delegiert (vgl. Blanck u. Blanck 1986). Entwicklungspsychologisch betrachtet geht es darum, daß Funktionen, die zunächst dem Primärobjekt, der pflegenden Mutter oblagen, bei den diesem Objekt entstammenden Repräsentanzen verbleiben. Es handelt sich dabei um innere Vorgänge und deren Auswirkungen im psychosozialen Bereich, die ihrem Träger nicht bewußt sind.

Auf diese Weise entstehen Selbst-Teilobjekt-Beziehungsmuster, deren Aufrechterhaltung zu einem inneren Gebot, einer inneren Regulierungsnotwendigkeit wird. In einer solchen Beziehung hat das betreffende Teilobjekt entweder nebeneinander oder mit einer Akzentuierung einer der drei Komponenten folgende Regulierungsaufgaben zu erfüllen:
- die Regulierung von Triebbedürfnissen, die nach der Erwartung des Subjekts in der Weise erfolgen soll, daß ein bedürfnisbefriedigendes Objekt jederzeit erreichbar und verfügbar ist;
- die Regulierung des Selbstwertgefühls in der Weise, daß ein idealisiertes Objekt verfügbar dafür ist, mit der Idealvorstellung vom eigenen Selbst fusioniert zu wer-

den, damit ein Größenselbst, damit das Erleben eigener Grandiosität resultiert;
- die Regulierung des Reizschutzes in der Weise, daß das Teilobjekt auf der Linie der Umwelt-Mutter, wie Winnicott (1974) sie beschrieben hat, vor Unlustreizen verläßlich schützt und diffuses organismisches Wohlbefinden sicherstellt.

Das Subjekt ist darauf angewiesen, daß die Konkretisierung der einem inneren Teilobjekt, einer Teilobjektrepräsentanz zugeordneten Regulierungen auch in der äußeren Realität sichergestellt ist, d.h. de facto von einem *anderen* übernommen wird, dessen Alterität gleichwohl nicht erlebbar sein darf. So werden die damit betrauten inneren Teilobjekte, vermittelt durch primitive Übertragung, durch Außenobjekte, durch Bezugspersonen in der sozialen Realität quasi substituiert; anders ausgedrückt: Den inneren Teilobjekten entsprechende Teilaspekte von Außenobjekten werden internalisiert, inkorporiert, dem Inneren des Subjekts einverleibt und dazu benutzt, die genannten Regulierungen sicherzustellen; das betreffende Außenobjekt wird auf diese Weise instrumentalisiert.

Um diese äußeren Objekte mit den inneren und den diesen zugeordneten Eigenschaften und Funktionen im Erleben des Subjekts zur Deckung zu bringen, muß nun freilich eine Veränderung der Realitätsprüfung erfolgen. Damit diese Kongruenz hergestellt werden kann, muß die Realitätsprüfungsfunktion zugunsten von Entstellungen, von Verzerrungen verändert werden, außerdem müssen Mechanismen wie Leugnung, Idealisierung, auch projektive Identifizierung verfügbar sein, um die an das Außenobjekt gerichteten illusionären Erwartungen und mit ihm verknüpften Verkennungen aufrechterhalten zu können.

Daraus resultiert eine Veränderung der Ich-Struktur mit einer Schwächung der für das Ich zentralen Funktion der Realitätsprüfung sowie die Entwicklung bestimmter primitiver Abwehrmechanismen, die gleichfalls der Realitätsverkennung dienen.

Nun kann es geschehen, und es wird mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit irgendwann oder auch immer wieder einmal geschehen, daß die reale Beschaffenheit des Außenobjekts sich dem Subjekt so zwingend aufdrängt, daß die Nichtübereinstimmung mit dem inneren Teilobjekt evident wird und eine Desillusionierung unvermeidbar ist.

Wir haben einmal in einer Kasuistik beschrieben, wie ein alkoholabhängiger Mann, der seine Ehefrau und auch seine Freunde in der Weise idealisiert hatte, daß diese immer auf seine Befriedigung bedacht sein würden, sodaß ein wechselseitiges Ein- und Ausgehen in einer Art heiterer Selbstverständlichkeit möglich sei. Zurückgekehrt von einer Montage-Fahrt fand er seine Frau mit einem dieser so überaus guten Freunde, denen er blind zu vertrauen gewohnt war, in flagranti vor. Er stand dieser Situation fassungslos und handlungsunfähig gegenüber; aus dieser Vorstellungslosigkeit und dieser Handlungsinkompetenz heraus sah er für sich dann nur die Möglichkeit, die nächstliegende Kneipe aufzusuchen, um nunmehr eine weitere Substitution, so möchten

wir es sehen, seines inneren Teilobjekts vorzunehmen, nachdem sich die Ehefrau als dafür untauglich erwiesen hatte (Heigl-Evers u. Standke 1988).

Die kasuistische Vignette sollte deutlich machen, daß nunmehr - im Sinne einer Art Notlösung, eines Selbstheilungsversuchs im Sinne eines *Notbehelfs* - das Suchtmittel, der Suchtstoff das verlorene 'nur gute' Teilobjekt ersetzt und damit jene Regulierungen zu übernehmen hat, die ursprünglich dem inneren Teilobjekt zugeordnet wurden. Es kann auch geschehen, daß der Suchtstoff der Zerstörung eines nach dem Verlust des 'guten' Teilobjekts dominierenden 'bösen' Teilobjekts dient; da dieses durch frühe Identifizierung Teil des Selbst ist, bedeutet seine Zerstörung Selbst-Zerstörung.

Wenn in der Beziehung zu den Substituten des Teilobjekts durch ein Außenobjekt eine *psychische* Abhängigkeit von diesem entstanden war, so entwickelt sich in der Beziehung zwischen Subjekt und dem Substitut 'Droge' eine *stoffliche* Abhängigkeit. Die psychische Abhängigkeit ist, wie Herdieckerhoff es beschrieben hat, dem betreffenden Patienten durchaus bewußt, wenngleich ihm deren Entstehenszusammenhänge in der Regel nicht klar sind. Die psychische Abhängigkeit kann sich z.B. darin äußern, daß ein Patient sagt: Ich liebe meine Frau und kann ohne sie nicht leben. Oder daß er sagt: Seitdem sie mich verlassen hat, ist mein Leben öde und leer und verfalle ich selbst immer mehr. Oder: Meine Frau braucht nur im Haus zu sein, wenn ich komme; wenn sie da ist, dann ist alles gut, und dann gelingen mir die Dinge auch. - Aus der psychischen Abhängigkeit kann eine besonders große Tendenz zur 'Treue' an ein Objekt resultieren, Treue im Sinne des beschriebenen Angewiesenseins. Sie kann aber auch zur Austauschbarkeit des Objekts führen, sofern nur gewährleistet ist, daß die an das jeweilige Substitut delegierten Funktionen ausgefüllt werden.

Die Einnahme des Suchtstoffes, ist dieser erst einmal entdeckt, bedeutet eine Art Selbstheilung (s. dazu Krystal u. Raskin 1970). Es geht bei dieser Selbstheilung um die Beseitigung einer sonst unerträglichen Kalamität:

- Geht das Teilobjekt, das sofortige Triebbedürfnisbefriedigung verbürgt, verloren, wird das Erleben eines fundamentalen Verlustes beherrschend sowie das Erleben von schwerer Frustration. Mit dem nunmehr vorherrschenden Element derBefriedigungsverweigerung tritt ein 'böses' Teilobjekt in Kraft;
- geht das idealisierte Objekt verloren, das durch Fusionierung mit dem Idealselbst es dem Subjekt gestattete, sich selbst als großartig zu erleben, dann wird eben diese Großartigkeit abgelöst durch das Erleben eines entwerteten Selbst, das u.U. in eine suizidale Krise führen kann;
- geht das Objekt verloren, das den Reizschutz des Subjekts verbürgte, dann kommt es zu einer Überflutung mit schnell unerträglich werdendem Unlusterleben, vermischt mit Körperempfindungen schmerzlicher und gespannter Art, das bald die Erträglichkeitsgrenze erreicht und übersteigt. Daraus kann ein totaler Rückzug aus

der jeweiligen sozialen Realität mit ihren Reizquellen folgen und u. U. auch Zustände der Derealisation.

Es hängt mit dem 'Selbstheilungseffekt' der Droge zusammen, daß den Betroffenen Einsicht in den pathologischen Charakter ihrer Abhängigkeit schwer zu vermitteln ist, eine Einsicht, die natürlich eine unerläßliche Voraussetzung für eine Psychotherapie darstellt.

Es wäre noch genauer zu überlegen, wie die Ich-Struktur in die skizzierte Grundstörung einbezogen ist. Es darf angenommen werden, daß diese Struktur dem im konkreten Fall dominierenden Selbst-Teilobjekt-Beziehungsmuster angepaßt wird. Das kann sich z. B. auf die Erlebbarkeit von Affekten so auswirken, daß aversive und aggressive Qualitäten dann nicht verfügbar sind, wenn eine 'nur gute' bzw. idealisierte Objektrepräsentanz vorherrscht; denn es gehört nicht zu einem solchen Objekt, Aversion und Aggression auszulösen; solche signalgebenden Phänomene können daher entfallen. Ist es dagegen ein 'nur böses' Teilobjekt, dessen Repräsentanz dominiert, dann werden umgekehrt Affekte der Zuwendung und Nähesuche wie Freude, Zärtlichkeit u. ä. außer Funktion sein.

Auch die Urteilsfunktion, speziell die dem Über-Ich zugeordnete Selbstbeurteilung ist im Zusammenhang solcher Störungen defizitär; denn ein per idealisiertem Teilobjekt, das einer sozialen Bezugsperson 'entnommen' wurde, oder per Droge aufgetanktes Größenselbst (s. dazu Kernberg 1988, S.48 1ff.) läßt Selbstkritik und Selbstbeurteilung überflüssig werden. Ein ödipales Über-Ich mit der Befähigung zu realitätsgerechter Selbstbeurteilung ist nicht ausreichend verfügbar. - Auch die Ich-Funktion der Frustrationstoleranz ist in diesem Störungsmuster wenig ausgebildet; denn solange ein 'nur gutes' Teilobjekt stets erreichbar und verfügbar zu sein scheint, um die Befriedigung von Bedürfnissen zu garantieren, tritt Frustration nicht in Erscheinung; sie ist im Erleben der betroffenen Menschen dann keine Kategorie. Dominiert dagegen ein 'nur böses' Teilobjekt, dann muß die Frustrationstoleranz schon deswegen herabgesetzt sein, damit eine ausreichende Distanznahme zu dessen Bedrohlichkeit gewährleistet ist.

Wahrscheinlich wird sich jeder Kenner der Frühstörungs-Pathologie die Frage stellen, wodurch sich denn Abhängigkeits- und Suchtkranke von anderen präödipal gestörten Patienten unterscheiden. Die Unterscheidung liegt hier tatsächlich in erster Linie im Symptom. Es ist zu fragen, warum bei übereinstimmender Grundstörung entweder ein Verhaltenssymptom, wie Abhängigkeit und Sucht, wie Impulsneurosen, wie Dissozialität oder auch wie prägenitale Sexualstörungen zur Folge hat oder, im anderen Fall, eine Charakterpathologie, wie Borderline- oder narzißtische oder auch präpsychotische Persönlichkeiten. Diese Frage kann im Zusammenhang der hier gegebenen Themeneingrenzung nicht näher erörtert werden.

Ein bei solchen Störungsbildern wirksamer genetischer Faktor ist in beeinträchtigten Abläufen früher Abstimmungs- und Einigungsprozesse zwischen

Mutter und Kind zu vermuten. Wenn es der Mutter nicht gelingt, dem nach heutiger Erkenntnis angeborenen, narzißtisch hoch besetzten und mit dem Gefühl der Allmacht verbundenen Handlungspotential des Kindes für den Umgang mit den Objekten in flexibler Weise zu entsprechen, dann kann es beim Kind zu erheblichen Kränkungen und in deren Auswirkung zu Entwicklungsstörungen kommen. Es ist also, kurz gefaßt, mangelnder Respekt vor der angeborenen Autonomie des Säuglings und Kleinkindes, der hier zu Störungen führen kann. Ein solcher Respekt kommt dann zustande, wenn die Mutter dem Kind gegenüber ausreichend empathisch sein kann.

Störungen dieser Art können auch dadurch konstelliert werden, daß die ödipale Phase zwar erreicht wird, daß sie aber mit ganz besonders schweren Konflikten belastet ist, die das Kind nicht durch Etablierung innerer Spannungen verarbeiten kann. Werden z.B. bei einem männlichen Kind durch immer wieder erfolgende Abwertungen des Vaters von seiten der Mutter gegenüber dem als Vertrauten herangezogenen Sohn bei diesem Phantasien geweckt, wonach er den Vater beseitigen und seinen Platz bei der Mutter *tatsächlich* einnehmen könnte, dann müssen in der ödipalen Phase beim Kind neben zur Konkretisierung drängenden inzestuösen Wünschen gegenüber der Mutter handlungsnahe mörderische Impulse gegenüber dem Vater entstehen, die wiederum enorme Ängste (Kastrationsangst) und Schuldgefühle mobilisieren. Um sich vor Kastration zu schützen, um den Vater *nicht* zu töten, der immer auch gebraucht und immer auch gemocht wird, kommt es dann zu einer regressiven Orientierung; diese läuft etwa darauf hinaus, mit dem Vater auf einer anal-sadistischen Ebene um Sieg und Niederlage zu kämpfen und nicht mehr auf Leben und Tod auf der ödipalen Ebene mit ihm um die Mutter zu rivalisieren; es läuft darauf hinaus, die Mutter - oral - zu konsumieren, anstatt eine sexuelle Verbindung mit ihr anzustreben, sie sexuell genießen zu wollen. In solchen Zusammenhängen kommt es zur regressiven Abwendung von der als hochgefährlich erlebten ödipalen Triade und zur Wiederbelebung von frühen Objektbeziehungsmustern. Das Resultat solcher regressiven Abläufe kann sich klinisch als ein Störungsmuster darstellen, wie wir es als eine von uns angenommene Grundstörung bei Abhängigkeit und Sucht beschrieben haben.

Zur Therapie von Abhängigkeit und Sucht

Es ist zu überlegen, wie eine auf der Annahme einer solchen Grundstörung basierende Therapie gestaltet werden müßte: Diese Therapie sollte zentral auf die beim Patienten jeweils dominierende Selbst-Teilobjektbeziehung ausgerichtet sein und darauf, daß ein Prozeß der Beziehungsentwicklung zwischen Patient und Therapeut

in Bewegung gebracht und gehalten wird, in dem diese dominante Teilobjektbeziehung mit ihrer Pathogenität von einer Ganzobjektbeziehung allmählich abgelöst wird.

Dabei sollte der Therapeut gegenüber dem Patienten in folgenden Einstellungen fußen, in Präsenz, Respekt und Akzeptanz (Wahrnehmen, Ernstnehmen, Annehmen). Nur unter der Voraussetzung solcher Einstellung kann sich zunächst ansatzweise Vertrauen entwickeln und allmählich ein Arbeitsbündnis mit dem Patienten zustande kommen. Diese Einstellungen sind u.a. deswegen wichtig, weil, wie zuvor skizziert, viele Patienten in ihrer Frühsozialisation auf seiten des Primärobjekts Qualitäten wie Präsenz, Respekt, Akzeptanz vermissen mußten.

Bei einem so verankerten therapeutischen Vorgehen erscheint es dann vordringlich, die aus der dominanten Selbst-Objektbeziehung resultierende Übertragung zu ermitteln. Im Ablauf des therapeutischen Prozesses muß immer wieder die Frage beantwortet werden: Wie ist das Objekt beschaffen, das das aktuelle Gesamtverhalten des Patienten gegenüber dem Therapeuten plausibel erscheinen läßt? Beim Aufspüren des vom Patienten im Therapeuten sich abbildenden Objekts (Übertragung) können die vorherrschenden Affekte auf beiden Seiten, auf der des Patienten wie der des Therapeuten, eine wesentliche Orientierungshilfe bieten. Kernberg spricht vom Leitaffekt der dominanten Selbst-Objekt-Beziehung (1988).

Die vom Therapeuten immer wieder zu stellende Frage lautet: Als welches Objekt erlebt mich der Patient jetzt? Eine andere Frage ist die: Was kann ich therapeutisch tun, wie kann ich intervenieren, damit dieses vom Patienten in mir erlebte (Teil-) Objekt allmählich bewußt erlebt und verstanden werden und damit sich, in Identifizierung des Patienten mit mir, dem Therapeuten, eine personale Objektbeziehung entwickeln kann?

Bei Einsatz der psychoanalytisch-interaktionellen Methode (Heigl-Evers u. Heigl 1983) sind es die Techniken des 'Antwortens', die der Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen durch den Therapeuten und der Umgang mit Affekten, die hier als wirksam betrachtet werden. *Antworten* im Sinne der genannten Methode bedeutet: Ich, der Therapeut, erlebe Dich und Dein Verhalten so und so, und ich antworte darauf affektiv so und so. Ich wüßte gern, ob meine Antwort Dich erreicht, und was sie in Dir bewirkt. - Im Falle der Übernahme von *Hilfs-Ich-Funktionen* geht es um folgendes: Ich, der Therapeut, würde, wenn ich mich in Deine Situation hineinversetze, so und so erleben und würde mich vielleicht so und so verhalten. Es interessiert mich, was Du davon hältst. - In beiden Fällen wird der Patient durch die Intervention mit etwas Unerwartetem konfrontiert, mit Elementen, die im Repertoire seiner Erlebens- und Verhaltensweisen nicht enthalten sind. Da Unerwartete ist immer das Fremde, das *andere* und kann daher bewirken, daß, im Inneren des Patienten etabliert, Alterität allmählich erlebbar und akzeptierbar wird und daß Angewiesensein sich auf ein in einer Pseudo-Dyade etabliertes Teilobjekt reduziert.

Der *Umgang mit Affekten* besagt in den Zusammenhängen der psychoanalytisch-interaktionellen Methode: Jeder von uns, Du, Patient, und ich, Therapeut, hat mit seinen Affekten ein wichtiges Signalsystem zur Verfügung, das zur Orientierung und zur Handlungssteuerung dienlich ist. Wir sollten daher auf das Fehlen und auf das Auftauchen von signalgebenden Affekten ganz besonders achten. [1]
Beim therapeutischen Intervenieren kommt es wesentlich darauf an, dem Patienten bei der Klärung seiner ihn meist diffus überflutenden nicht-signalgebenden, mit Körperempfindungen vermischten Affektzuständen zu helfen. Das geschieht einmal durch *Identifizierung* der in solchen Gemischen nach diagnostischer Vermutung enthaltenden Affekte und ferner durch *Klarifizierung* von deren Entstehenszusammenhängen. M.a.W: Die Identifizierung und natürlich auch die Klarifizierung von Affekten ist deswegen therapeutisch wichtig, damit der Patient eine Hilfe erhält, mit der er bei den immer wieder eintretendenAffektüberflutungen (z.B. Panik, hypomanische Erregung u.ä.) umgehen kann. Solche Überflutungen werden subjektiv als höchst bedrohlich erlebt; sie bieten keine Orientierungshilfe und damit auch keine Hilfe zu einer angemessenen Handlungssteuerung. Indem der Therapeut diese Affekte zu identifizieren versucht, gibt er dem Patienten eine Encodierungshilfe. Durch die Technik der Klarifizierung kann dem Kranken deutlich werden, wie solche Affekte in ihm mobilisiert werden, ein Verstehen, das Orientierung und Handlungssteuerung verbessern kann.

Kasuistik

Die bislang angestellten Überlegungen sollen nun an einigen Abschnitten aus dem Verlauf einer Abhängigkeitstherapie veranschaulicht werden.

Es handelt sich bei dem Patienten um einen 48jährigen Kanadier, der seit 1974 an einer Alkoholabhängigkeit mit mehrfachen Rückfällen litt. Zur Zeit des diagnostischen Erstkontaktes mit der ihn behandelnden Sozialtherapeutin war ihm seine Stelle als Jazz-Trompeter in einer namhaften Big-Band gekündigt worden. Die Therapeutin

---

[1] Das Regulierungssystem der Affekte hat sich phylogenetisch deswegen zunehmend differenziert, weil das Angewiesensein des menschlichen Individuums auf soziale Beziehungen sich mehr und mehr herausstellte. Affekte sind dadurch gekennzeichnet, daß sie der individuellen Handlungssteuerung relativ viel Raum und Freiheit lassen, während Triebe im interpersonellen Geschehen vergleichsweise festlegender, stärker determinierend sind. Jedenfalls geschieht die Feinregulierung zwischenmenschlicher Beziehungen im wesentlichen über signalgebende Affekte bzw. über die Signalfunktion von Affekten.

beschreibt ihn nach der ersten Begegnung in einer stationären Entwöhnungseinrichtung als einen Mann ca. 1,80 m groß und schlank, mit glatten, dunkelblondgrauen Haaren und einem Oberlippenbart, der insgesamt verlangsamt, gleichgültig und bedrückt wirkte und dessen Sprechweise teils stockend, teils sprudelnd war. Sein Schritt war verhalten und die Schultern waren vornübergebeugt. Haar und Kleidung wirkten ungepflegt. Z.B. hatte einer seiner einstmals recht teuren Schuhe ein Loch.

Die Therapeutin konnte sich nicht recht vorstellen, daß dieser heruntergekommen aussehende Mann jemals die Stelle des ersten Jazz-Trompeters in einer so bekannten Band ausgefüllt hatte; seine in diesen Zusammenhängen gemachten Aussagen erregten ihr Mißtrauen. Andererseits empfand sie Mitleid mit seiner offensichtlichen Hilflosigkeit.

In den nächsten Monaten fanden mehrere Gespräche sowohl mit dem Patienten als auch mit seiner von ihm getrennt lebenden Ehefrau statt; diese war, alarmiert durch Kollegen des Mannes, aus Kanada angereist; in diesen Gesprächen sollten die Voraussetzungen für eine Entwöhnungsbehandlung geklärt werden. Der Patient zeigte bei diesen Gesprächen zwar Einsicht in seine Alkoholabhängigkeit, die er aber durch *äußere* Umstände hervorgerufen betrachtete; er hatte überhaupt keine Vorstellung, was er in der Therapie für sich erreichen wollte. Er wirkte sehr angepaßt, wie "ein guter Junge", Gefühle zeigte er nur, wenn er darüber sprach, daß man ihn bei seinem Arbeitgeber betrogen habe und daß er ohne seinen Beruf nicht leben könne. Die Therapeutin traute sich kaum, ihn nach den Hintergründen der Kündigung näher zu befragen, da der Patient dann sofort sehr gekränkt und "gebremst" wütend reagierte.

In ihrer Funktion als Sozialarbeiterin beriet die Therapeutin den Patienten bezüglich seiner Ansprüche gegenüber Arbeitsamt, Krankenkasse und Rentenversicherungsträger sowie seiner finanziellen Situation und beantragte die Kostenübernahme für die Entwöhnungsbehandlung. Bei der Fülle von Arbeit, die sich hier für sie auftat, hatte sie manchmal das Gefühl, ausschließlich für diesen Patienten tätig zu sein.

Anamnestisch war zu erfahren, daß der Patient immer wieder verlassen wurde - jeweils von einer Frau, mit der er verheiratet oder auch unverheiratet zusammengelebt hatte. Diese Frauen begründeten die Trennung damit, daß sie es auf die Dauer nicht ertragen konnten, wenn der Patient sich in allen Lebensbezügen wie ein hilfloses Kind verhielt, das rundherum versorgt werden wollte - bis auf den beruflichen Sektor, in dem er beträchtliche Erfolge zu verzeichnen hatte. Diese Trennungen, dieses mehrfache Verlassenwerden veranlaßten den Patienten jeweils zum Griff nach dem Alkohol (vorwiegend in Form von Bier), den er allein meistens nachts und oft bis zum Morgengrauen konsumierte, wobei er unaufhörlich Musik hörte.

In der späteren Behandlung schält sich die Genese heraus: In einer mittelschichtigen Familie in Kanada aufgewachsen. Die Mutter brachte den Säugling auf einen Baby-Wettbewerb, wo er als Prachtbaby preisgekrönt wurde. Der Vater förderte ihn in Richtung eines Profi-Baseball-Spielers oder eines Profi-Jazztrompeters. Er entschied sich für das Letztere.

In der Kindheit gab es eine Großmutter für langanhaltende Ferienaufenthalte, in deren Haus es immer gut roch - nach Gekochtem und Gebackenem, vor allem nach Apfelkuchen.

Die Mutter, die ihn vermutlich zur Befriedigung eigener narzißtischer Bedürfnisse zum "Prachtbaby" verklärt hatte, erwies sich dann als kalt und tyrannisch. Im alkoholisierten Zustand berichtete er später einmal seiner Ehefrau, daß es diese ihm unerträglichen Eigenschaften der Mutter gewesen seien, die ihn im Alter von 12 Jahren aus dem Hause getrieben und zu einer Karriere als Jazztrompeter veranlaßt hatten.

Versuchen wir nun, uns vorzustellen, mit welchen inneren Bildern dieser Patient konfrontiert ist, in welcher Weise in ihm ein Objekt abgebildet ist, das sein Verhalten in der Eingangssituation mit der Therapeutin, so wie es zuvor geschildert wurde, plausibel erscheinen läßt.

Als Objekt, als Mitakteur des Patienten auf seiner inneren Beziehungsbühne mag man sich jemanden vorstellen, der es an Zuwendung, Fürsorge, Wärme fehlen laßt, der ihn aber auch nicht ermuntert, es ihm nicht ermöglicht, Eigenkräfte, die auf eine aktive Selbst-Fürsorge ausgerichtet wären, zu entwickeln. Man darf sich jemanden vorstellen, vor dem der Patient zeitweilig zurückweicht (zeitweiliges stockendes Sprechen) und dem er zeitweilig werbend entgegeneilt (zeitweiliges sprudelndes Sprechen). Ein Objekt, das seinerseits pendelt zwischen Entgegenkommen und Sich-Entziehen. Ein Objekt, das dem Patienten zeitweilig zu Glanz und Ansehen verhilft, jedoch nicht verhindert, daß dieser Glanz verbleicht. Die Beziehung zu diesem - inneren - Objekt ist gekennzeichnet durch Gleichgültigkeit und Bedrücktsein. Offensichtlich ist Schlimmes geschehen. Zu den Requisiten der Beziehungsinszenierung auf der inneren Bühne gehört eine blank-blitzende Jazztrompete, und es gehört dazu ein leichter Duft nach frisch gebackenem Apfelkuchen, der aus den Kulissen herüberzieht.

Die Therapeutin, eine grazile, sehr hübsche und anmutige junge Frau, wollte es mit diesem Patienten versuchen; sie spürte anfänglich Mißtrauen, wohl wegen der von ihm als so glänzend beschriebenen Musikerkarriere, die sie ihm nicht recht glauben konnte; sie spürte auch Mitleid, verbunden mit aktiver Fürsorge und Hilfsbereitschaft, die sie in der Sozialarbeit für den Patienten einsetzte, bald davon erschöpft, ähnlich wie zuvor die Partnerinnen, gerade auch die letzte Ehefrau, die aus Kanada anreist, um sich etwas zu kümmern, und die sich mit der Therapeutin über das "Sorgenkind" bespricht. Diese spürt Bestrebungen von seiten des Patienten, die sie als symbiotisch bezeichnet und auf die sie wohl mehr einzugehen bereit ist, als sie zunächst bei sich registriert. Wäre sie sonst wohl erschöpft und würde sie sonst wohl künftige, für den Patienten zu leistende Anstrengungen befürchten? Später stellt sich heraus, daß die Therapeutin durch solchen symbiotischen Sog deswegen gefährdet ist, weil sie die Aggressionen des Patienten fürchtet, die dann auf sie zukämen, wenn sie ihn durch Verweigerung

oder Abgrenzung kränkte. Tatsächlich fürchtet sie aber vornehmlich ihre eigenen Aggressionen in Antwort auf Überforderung und Ausbeutung.
Der Patient - das w& der Therapeutin schon früh aufgefallen - hat eine Neigung zu idealisieren: Er idealisierte seine Kindheit, seine Mutter, seine Partnerin, wobei gleichzeitig Leugnungsmechanismen eingesetzt wurden; und er idealisiert nunmehr auch seine Therapeutin, indem er ihr seine Liebe anbietet. Die Therapeutin ist zunächst erschreckt und will ihm diese Neigung ausreden. Beunruhigt sucht sie in der einschlägige Literatur nach Hilfe in dieser Bedrängnis und findet sie schließlich bei Freud, bei dem sie liest:

"Der Anteil des Widerstandes an der Übertragungsliebe ist unbestreitbar und sehr beträchtlich, aber der Widerstand hat diese Liebe doch nicht geschaffen, er findet sie vor, bedient sich ihrer und übertreibt ihre Äußerungen. Die Echtheit des Phänomens wird auch durch den Widerstand nicht entkräftet.

Es ist wahr, daß diese Verliebtheit aus Neuauflagen alter Züge besteht und infantile Reaktionen wiederholt, aber dieses ist der wesentliche Charakter jeder Verliebtheit. Es gibt keine, die nicht infantile Vorbilder wiederholt. Gerade das, was ihren zwanghaften und pathologisch mahnenden Charakter ausmacht, rührt von ihrer infantilen Bedingtheit her. Die Übertragungsliebe hat vielleicht einen Grad von Freiheit weniger als die im Leben vorkommende normal genannte, läßt Abhängigkeit von der infantilen Vorlage deutlicher erkennen, zeigt sich weniger schmiegsam und modifikationsfähig; aber das ist auch alles und nicht das Wesentliche.

Resümieren wir also: Man hat kein Anrecht, der in der analytischen Behandlung zutagegetretenen Verliebtheit den Charakter einer "echten" Liebe abzustreiten. Wenn sie so wenig normal erscheint, so erklärt sich dies hinreichend aus dem Umstand, daß auch die sonstige Verliebtheit außerhalb der analytischen Kur eher an die abnormen als an die normalen seelischen Phänomene erinnert."

"… Man hütet sich, von der Liebesübertragung abzulenken, sie zu verscheuchen oder dem Patienten zu verleiden; man enthält sich ebenso standhaft jeder Erwiderung derselben" (Freud 1985, S. 306ff.).

Der Aufsatz von Sigmund Freud über die Übertragungsliebe hatte der Therapeutin ein wenig weitergeholfen. Sie versuchte fortan, das Gefühl des Patienten zu respektieren, d.h. keinen Versuch mehr zu machen, es ihm "auszureden", besprach aber auch mit ihm, daß seine Liebe zu ihr keine Erfüllung finden könne. Man hatte den Eindruck, daß die Beziehung in diesen Zusammenhängen eine gewisse Tragfähigkeit gewann.

Behandelt wird in Orientierung an der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie. Sie soll eine Beziehung entstehen lassen, die dem Patienten Identifizierungen mit einem 'ausreichend guten' Ganzobjekt nahelegt, dem Objekt 'Therapeut' in seiner personalen Gegebenheit.

Solche Identifizierungen kommen hier zustande, wie es scheint genährt durch das 'milde Feuer' der zunächst anhaltenden Übertragungsliebe.

Dem Behandlungsbericht der Therapeutin kann dazu folgendes entnommen werden: In der 19. Sitzung, nachdem die Therapeutin den Patienten gebeten hatte, an sie gerichtete Briefe an die Klinik und nicht an ihre Privatadresse zu schicken, wirkte er zunächst wie versteinert; dann begann er mit Präzision, mich zu entwerten, indem er sich und unsere Beziehung entwertete. Die Worte sprudelten nur so aus ihm heraus; hinter der mühsam kontrollierten Fassade spürte ich ein ungeheures Maß an Wut, ja Haß, worauf ich zunächst mit Angst reagierte. Ich versuchte mir klar zu machen, daß Herr O. nicht zu Impulsdurchbrüchen neigt.

Herr 0. beschrieb, daß er sich wie ein Kind fühle, dem man auf die Finger schlägt, das man in die Ecke schickt. Er sei für mich weniger wert als eine Putzfrau. Ich sei brutal wie ein Metzger, er sei das Stück Fleisch.

Diese Entwertung löste in mir eine ungeheure Wut aus, am liebsten hätte ich ihn des Zimmers verwiesen. Herr 0. schien zu diesem Zeitpunkt kaum fähig zu sein, mich wahrzunehmen. Während er sprach, starte er in eine andere Ecke des Zimmers. Ich versuchte folgende Intervention:

*Therapeutin: "*Können Sie sich vorstellen, wenn Sie all das sagen, was ich vielleicht dabei empfinden könnte?"
Spontan antwortete *Herr O.* in anklagendem Ton: "Sie haben Ihr Ziel erreicht."
Therapeutin: "Was glauben Sie, war denn mein Ziel?"
Patient: "Mir zeigen, daß ich nichts wert bin …"
Therapeutin: "Glauben Sie das wirklich?"
Patient: "Mein Gefühl sagt mir, daß Sie nicht so sind!"

Im Bericht über die 21. Sitzung heißt es: "Während ich auf den Patienten wartete, wurde ich unruhig. War die therapeutische Beziehung ausreichend tragfähig, so daß Herr 0. die Kränkung ohne Rückfall verarbeiten konnte? Als Herr O. dann mit Verspätung das Zimmer betrat, freute ich mich und begrüßte ihn lächelnd. Während ich noch einige Notizen fertigstellte, ging der Patient einige Meter von meinem Schreibtisch entfernt in die Hocke und beobachtete mich. Es herrschte eine friedliche Atmosphäre im Raum. Als ich mich in die Sitzgruppe setzte zum Zeichen, daß wir anfangen könnten, sagte er lächelnd: "Jetzt kann ich bald nach Hause gehen, es war so schön, Sie zu beobachten, wie Sie schreiben, so konzentriert."

Herr O. berichtete in dieser Stunde wieder einmal davon, daß es zwei Leben für ihn gebe: Ich, seine Therapeutin gehöre zum guten Teil; damit verbunden seien für ihn Freude an kleinen Dingen, die Fähigkeit, auf andere Menschen zuzugehen, Liebe, Wärme, das Gefühl, selbst gut zu sein. Die Band hingegen sei das andere Leben. Hier müsse er sich beweisen, kämpfen, würde betrogen. Er sei voller Haß

und spüre den Wunsch zu vernichten. Es gebe keinen Sinn im Leben. "Die Zeit hier ist wie Nahrung, dadurch kann ich das andere Leben aushalten." Ich vermied es bewußt, Herrn O. darauf hinzuweisen, daß er ja auch mir gegenüber manchmal Haß empfindet, wie in der vorhergehenden Stunde deutlich geworden war. Möglicherweise stand dahinter der Wunsch, ihn und mich an diesem Tag etwas zu schonen. Am Ende der Stunde sprach ich nochmals an, was passiert, wenn die Nahrung versiegt.

Therapeutin: "Ich kann gut verstehen, daß Sie ganz zufrieden damit sind, zweimal die Woche hierher zu kommen, denn Sie sagen ja auch, Sie könnten dann auch das andere Leben ganz gut aushalten. Aber ich mache mir ein bißchen Gedanken, ob Sie vielleicht hoffen, daß die Nahrung nie aufhört zu fließen, d.h. daß ich immer für Sie da sein werde?"
Herr O. lachte, wirkte ertappt: "Ein schöner Gedanke, aber ich weiß, ich muß das in mir drin haben, irgendwann einmal. Aber wissen Sie noch, wie ich vor ein paar Monaten gewesen bin?"
Therapeutin: "Ja, und ich glaube auch, daß Sie schon Fortschritte gemacht haben."

In der 28. Sitzung berichtete Herr O. davon, einen ihn lähmenden Konflikt gelöst zu haben. Seine Band gab ein großes Konzert, zu dem er nicht eingesetzt war. Er sei zu gekränkt gewesen, um als Zuhörer zu dem Konzert zu gehen; andererseits habe er sich aber vorgestellt, daß ich zu dem Konzert gehen könne, und er, ginge er selbst hin, die Möglichkeit haben würde, mich von ferne zu sehen. Er habe völlig paralysiert in seiner Wohnung gesessen und nicht gewußt, was er tun solle. Herr O. löste das Problem für sich, indem er die Zutaten für "Großmutters Plätzchen" einkaufen ging und bis spät in die Nacht in seiner erstmalig von ihm selbst gemieteten und eingerichteten Wohnung kochte und backte, anstatt in die Kneipe zu gehen.

Herr O. beschrieb dies als einen Beweis seiner Liebe: "Wenn ich schon nicht im Konzert spielen kann, will ich wenigstens etwas anderes tun, um zu zeigen, daß ich gut bin."
Therapeutin: "Das erinnert mich an das Haus der Großmutter, den Apfelkuchen; das hat ja auch Geborgenheit und Schutz für Sie bedeutet, nichts Böses konnte da hineinkommen. Jetzt haben Sie all das alleine für sich schaffen können."
Patient: "Ja, es ist für Sie, aber ich habe es auch für mich getan." Er blickte dabei vor sich hin und wirkte nachdenklich-traurig.
Therapeutin: "Sie wirken ein bißchen traurig auf mich?"
Patient: "Ja, das ist so Ich weiß nicht warum."

Die Therapeutin notiert im epikritischen Rückblick die skizzierte Behandlungsphase so: "Im Verlaufe der Behandlung habe ich zunehmend mehr

Sicherheit sowohl im Umgang mit den Liebesbeziehungen als auch den aggressiven Äußerungen des Patienten gewonnen. Je weniger ich, um mich selbst zu schützen, diese Gefühle des Patienten 'kontrollieren' mußte, desto mehr war ihm möglich, sie bei sich zu akzeptieren. Zur Zeit setzt sich Herr O. mit seiner Trauer über die Unmöglichkeit einer Beziehung zu mir auseinander."

Literatur

Blanck R, Blanck G (1986) Beyond Ego Psychology. Columbia Univ Press, New York

Freud S (1915) Bemerkungen über die Übertragungsliebe. Gesammelte Werke, Bd 10. Fischer, Frankfurt aM *(1966ff.).* (zitiert n. Imago, London (1946), S 306-321)

Heigl-Evers A, Heigl F (1983) Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Z Psychosom Med Psychoanal 29:1-14

Heigl-Evers A, Schultze-Dierbach E, Standke G (1991) Grundstörungen bei Abhängigkeit und Sucht aus tiefenpsychologischer Sicht. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo (im Druck)

Heigl-Evers A, Standke G (1988) Die Behandlung von Suchtkranken aus der Sicht der Psychoanalyse. In: Heigl-Evers et al. (Hrsg) Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitskranken. Wege zur Kooperation. Blaukreuz, Wuppertal

Heigl-Evers A, Standke G, Wienen G (1981) Sozialstörungen und Sucht - psychoanalytische Aspekte. In: Sozialisationsstörungen und Sucht-Entstehungsbedingungen. Folgen, therapeutische Konsequenzen. Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden

Herdieckerhoff E (1987) Symptomspezifische psychoanalytische Differentialdiagnostik von psychischer Abhängigkeit und Sucht. Materialien Psychoanalyse 13 : 67-111

Kernberg 0 (1979) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt aM

Kernberg 0(1988) Object Relations Theory in clinical practice. Psychoanal Q 57 : 481-504 Klein M (1972) Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse.

Rowohlt, Reinbek

Krause R (1990) Psychologie der Emotionen. In: Scherer RK (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich

Krystal H, Raskin H (1970) Drogensucht. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich

Lührßen E (1984) Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen. Suchtgefahren 20: 145-151

Radó S (1926) Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. Int Z Psychoanal 12: 540-556

Radó S (1934) Psychoanalyse oder Pharmakotherapie? Int Z Psychoanal 20:16-32

Rohde-Dacheer Chr (1983) Das Borderline-Syndrom. Huber, Bern

Rost WD (1986) Psychoanalyse des Alkoholismus. Klett, Stuttgart

Schadewaldt H (1986) Einführung und Geschichte zur Therapie von Mißbrauch und Abhängigkeit. In: Feuerlein W (Hrsg) Theorie der Sucht. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Storck J (Hrsg) (1986) Psychologie und Psychotherapie des Säuglings - neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion. frommann - holzboog, Stuttgart Bad Cannstatt

Winnicott DW (1974) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München Wurmser L (1972) Drug abuse: Nernesis or Psychiatry. The American Scholar 41: 393-397

Menschenbild und Therapiekonzept in der Systemtheorie

Rosmarie Welter-Enderlin

Bei der Vorbereitung dieser Überlegungen zum Thema Menschenbild und Therapiekonzept in der Systemtheorie wurde ich einmal mehr mit meinem alten Dilemma konfrontiert. Einer meiner Lehrer hat es einmal so beschrieben: Es gibt Menschen, die können wunderbare Gedichte schreiben, aber sie haben Mühe, darüber zu reden, welchen Regeln sie dabei folgen. Und es gibt Menschen, die wissen alles über die Regeln, nach welchen Gedichte erschaffen werden, aber ein gutes Gedicht schreiben sie selten.

Christa Wolf beschreibt das Dilemma in ihrer Erzählung *Kindheitsmuster* so: "Man kann nicht leben, während man Leben beschreibt, und man kann nicht Leben beschreiben, wahrend man lebt".

Das Dilemma existiert natürlich in jeder Therapietheorie, aber in besonderer Weise in systemischen Theorien, die - im Gegensatz zu anderen, wie der Psychoanalyse - weitgehend von "oben nach unten" entwickelt worden sind. Ich meine damit, daß die explizite Anlehnung therapeutischer Theoriebildung an die allgemeine Systemtheorie in der Technik und den Naturwissenschaften verknüpft ist mit dem relativ hohen Abstraktionsgrad der meisten Begriffe, welche wenig zu tun haben mit dem Leben selbst. In anderen Worten: Die Begriffe, welche traditionell in system- bzw. farnilientherapeutischen Therapietheorien verwendet werden, geben eher Auskunft über einen allgemeinen Orientierungsrahmen, als daß sie als Landkarten für die Beschreibung und das Verständnis menschlicher Konflikte dienen. Solange es klar ist, daß wir von einem geistigen *Modell der Welt*, nicht aber vom Territorium reden, in welchem wir uns bewegen, ist das in Ordnung. Schwierig wird es, wenn wir dieses geistige Modell mit Landkarten der Beschreibung und Erklärung verwechseln, und noch schwieriger, wenn die Begriffe für das Modell der Welt, die Landkarten und das Territorium in einen Topf geworfen werden.

In meinem Beitrag wird es darum gehen, einerseits über das geistige Modell, also das Menschenbild, und andererseits über unsere systemischen Landkarten des Beschreibens und Verstehens zu berichten. Ich werde zur Illustration des zweiten Aspektes ein Raster systemischer Streß- und Bewältigungstheorien vorstellen, das

mir in Praxis und Forschung als Landkarte dient. Anhand kurzer Illustrationen aus der Arbeit mit Paaren und Familien möchte ich zumindest einen Eindruck vermitteln über das, was mir an therapeutischer Haltung und therapeutischem Handeln wichtig ist. Ich vertrete dabei keine "systemische Schule", sondern das, was mir in über 20 Jahren Praxiserfahrung sowie in der Auseinandersetzung mit Kolleg/innen und Studierenden wichtig geworden ist: also meine eigene, subjektive Meinung. Wäre ich einer der Gurus, würde ich sagen: meine eigene "Erfindung" eines therapeutischen Ansatzes (Keeney 1987). Da ich aber keiner bin, berichte ich über das, was ich gefunden habe, und was ich dazu finde.

Zum Systembild des Menschen

Zur Verdeutlichung, auf welcher Abstraktionsstufe wir uns befinden, möchte ich kurz ein Metamodell darstellen:

Metamodell therapeutischer Wissensstrukturen

1) Erkenntnistheorie bzw. Menschenbild oder geistiges Modell der Welt (Ethik).
2) Beschreibende und erklärende Theorien (Landkarten) bzw. deskriptive und explikative Theorien (Phänomenologie und Phänomenerklärung).
3) Handlungstheorien (betr. Therapie und Prävention).
4) Therapeutische Vorgehensweisen (Praxeologie).

Mit Menschenbild oder geistigem Modell der Welt bezeichne ich etwas, das am ehesten als "gemeinsamer Nenner" systemischen Denkens und Handelns verstanden werden kann. Ich setze voraus, daß Sie mit mir der Ansicht sind, daß "Welten" nicht an und für sich erkennbar sind, sondern daß ihr Erkennen und Verstehen abhängig ist von sozial und historisch bedingten Austauschprozessen zwischen dem Gegenstand unserer Beobachtung und der Person des Beobachters oder der Beobachterin bzw. daß das beobachtende *Subjekt mit dem beobachteten Objekt untrennbar verknüpft ist*. Das bedeutet: Ein geistiges Modell der Welt handelt *nicht von objektiven Gesetzen* über die Natur des Menschen, sondern von der Frage, wie Menschen und menschliche Welten in unseren Köpfen abgebildet werden. Darum der Begriff "Menschenbild". Darum auch der damit verknüpfte Begriff der *Ethik*: Die Frage nämlich, welches Bild wir konstruieren und durch welche Linsen wir

schauen, ob wir z.B. Menschen analog zu Maschinen oder zu biologischen oder sozialen Organismen betrachten, ist eine Frage der persönlichen Entscheidung und Verantwortlichkeit. Eine Entscheidung mit weitreichenden Folgen, wie zu erfahren sein wird.

Das *Systembild des Menschen* ist ein schöner Begriff, der aber vernebelt, daß darin zwei relativ *widersprüchliche Traditionen* enthalten sind, die ich kurz begründen will, weil die nicht erkannten Unterschiede einiges zur (berechtigten) Kritik an der systemischen Familientherapie beigetragen haben (Körner u. Zygowski 1988).

Vor etwa 30 Jahren gab es erste Versuche, die Erkenntnisse der sog. allgemeinen Systemtheorie, wie sie der Informatik, der Kybernetik und den Computerwissenschaften zugrundelagen, auf soziale Systeme zu übertragen. Die Wissenschaft von Kommunikation und Kontrolle, wie Wiener die Kybernetik nannte (Hoffman 1982), diente einer Gruppe von Pionieren der Familientherapie als theoretische Grundlage. Zu ihrer Beschreibung von Familien benützten sie das Modell der Computerlogik - "Kanal-Overload" z.B. - und von streng geschichteten Organisationen, welche in einigen Modellen der Familientherapie mit dem Begriff der gesunden Familie verknüpft wurden.

Ein Beispiel (Miller 1987, S.73, Übersetzung durch die Autorin): … "Wie eine gute Sekretärin, die die einen Informationen schnellstens ihrem Chef überbringt und ihn mit anderen verschont, oder ein Ingenieur die Zentrale einer Fernsehstation kontrolliert … müssen Informationskanäle (in Familien) vor Input-Overload geschützt werden. ...".

Daß über solche Begriffe das Bild des *Menschen als Maschine*, welche von "Verhaltensingenieuren" betrieben und kontrolliert wird, ganz selbstverständlich und fraglos in gewisse Schulen einfloß und nach wie vor in einigen Formen der Systemtherapie existiert, kann nicht übersehen werden. Die darin enthaltenen Vorstellungen über die sog. natürliche Rollen- und Arbeitsteilung zwischen Frauen und Männern und über Familien sind patriarchal und - wie im eben zitierten Beispiel - oftmals sexistisch. Sie lassen, da sie nicht an der bio-psychosozialen, sondern an der technischen Welt orientiert sind, auch keinen Raum für die - soziologisch und philosophisch längst überzeugend begründete - Idee, daß Menschen sich ihre eigene Wirklichkeit erschaffen, und daß außerdem ihre Lebenswelten (z.B. in Beruf und Familie) in rapidem Wandel begriffen sind. Aber gerade in einer Zeit, in welcher Orientierung und Kontrolle für einzelne Menschen - auch für therapeutisch Tätige - zunehmend abhanden zu kommen scheinen, fasziniert dieses mechanistisch- konservative Menschenbild einige Helfer immer wieder neu.

Fast gleichzeitig mit dem mechanistischen Systembild, ebenfalls in den 50er und 60er Jahren, wurde das *organismische* Bild des Menschen auf die Entwicklung psychotherapeutischer Modelle übertragen. Einer der Pioniere dieses Denkens war

der Biologe Ludwig von Bertalanffy (1969), der sich explizit mit Psychologie, Psychiatrie und Psychopathologie auseinandergesetzt hat und ein völlig anderes Menschenbild als jenes der Computer-orientierten Systemtheorien vertrat. Von ihm erhielt ich entscheidende Impulse. Dieses Bild, das einem bereits bestehenden Strang der Biologie und Naturphilosophie folgte und die abgebrochene Tradition der Gestaltpsychologen wie Lewin, Köhler und der kognitiven Psychologen wieder aufnahm, fand anfänglich weniger Aufnahme im therapeutischen Bereich. Ich denke, daß der Entwicklung der Familientherapie manch' negativer Auswuchs in Richtung großartig proklamierter "Wende" und vor allem in Richtung "Machertum" erspart geblieben wäre mit diesem kognitiv-organismischen Menschenbild, das in den letzten Jahren zum Glück wieder aufgegriffen worden ist. (Vielleicht entsprach es mir persönlich deshalb von Anfang an, weil es zu meiner Alltagserfahrung als Therapeutin und als Frau paßt, die weit entfernt ist von der Erfahrung eines Ingenieurs, der von der obersten Stufe der Hierarchie aus das Geschehen kontrolliert).

Die damals wie heute für mich entscheidende Erkenntnis eines kognitiv organismischen Bildes des Menschen ist, daß der Mensch *nicht als passiver Empfänger von internalen oder externalen Reizen*, d.h. von Trieben oder von äußeren Mächten, gesehen wird, wie ich es sowohl in meiner ursprünglichen Ausbildung als Sozialarbeiterin als auch später in der Ich-Psychologie (einer Entwicklung der Psychoanalyse) gelernt hatte. "Der Mensch als selbstaktivierte Persönlichkeit", der seine Welten nach innen und außen beeinflußt und von ihnen beeinflußt wird, steht im Gegensatz zum Abbild des Computers.

Und überdies: der *Mensch als Subjekt*, als einmalige Persönlichkeit, nicht bloß als Element im Kräftespiel der Natur oder als Teil einer mechanischen Ganzheit. Der Mensch als symbolisches Wesen, das, anders als andere Lebewesen, über *Sprache* verfügt. "Die Welt, wie wir sie erfahren, ist das *Resultat* unserer Wahrnehmung, nicht ihre *Ursache*", schreibt dazu von Bertalanffy (1969). Damit hebt er das Spezifische menschlicher Erfahrung vom Bild des biologischen "Organismus" oder von der Maschine ab.

"Mit Ausnahme der unmittelbaren biologischen Bedürfnisbefriedigung lebt der Mensch nicht in einer Welt von Dingen, sondern von Symbolen." Geisteskrankheiten z.B. werden in dieser Sichtweise als spezifisch menschliche Phänomene gestörter Kommunikation zwischen den inneren (symbolischen) und äußeren "Welten" gesehen, wobei sich das Erkennen und Verstehen der Phänomene auf die Beziehung *zwischen diesen Welten*, also nicht auf den Organismus, die Psyche oder das Milieu allein ausrichtet. Das bedeutet, daß Sprache und Symbole nie losgelöst von einer bestimmten Lebenswelt existieren, sondern im Gegenteil Wirklichkeit erzeugen (und nicht bloß abbilden). Aber auch das Umgekehrte trifft zu: "Unseren Vorstellungen korrespondiert etwas in der Welt", meint dazu Lichtenberg (1976) in einem Aphorismus zur Kantschen Philosophie. Subjektive und objek-

tive Wirklichkeiten sind untrennbar miteinander verknüpft, werden aber durch unsere Sprache, welche auf die Trennung von Subjekt und Objekt angelegt ist, ständig in Stücke gerissen. Ich denke, daß es wichtig ist, dies zu erkennen, wenn wir, wie es modisch ist' oft und gern von *Ganzheitlichkeit* reden. Sobald wir miteinander reden, was ja ein wesentliches Element von Therapie ist, machen wir *Interpunktionen und teilen die Welt in Subjekt und Objekt* auf. Ich meine, daß wir westlichen Menschen ohne solche Interpunktionen schwindlig würden oder in Lethargie verfallen müßten ob der Komplexität des Lebens. Zu wissen, daß es keinen Vorrang des Subjektiven oder Objektiven gibt und dennoch tun zu müssen, als ob es so wäre, also denkend zu analysieren und fühlend zusammenzufügen, ist eine Schwierigkeit mit diesem Menschenbild und ist gleichzeitig seine Stärke.

Entscheidend ist also die Erkenntnis, daß "Systeme" nicht an sich existierende Einheiten oder Objekte sind, sondern eine bestimmte Betrachtungsweise menschlicher Wirklichkeit bedeuten. Konkret heißt das, daß z.B. Familien keine Systeme im Sinne normierter Institutionen sind, sondern sprachliche Einheiten, welche je nach Problemstellung immer wieder neu definiert werden. Der Begriff des "Problem-Systems" anstelle der "Problem-Familie" bedeutet, daß nicht a priori festgelegt ist, wer am Problem beteiligt ist und wer zu dessen Lösung beigezogen wird, sondern daß diese Frage mit den Überweisenden und den Klienten verhandelt und gemeinsam entschieden wird.

Wenn Menschen oder Familien keine Systeme sind, was bedeutet dann der Systembegriff? Hätte ich einen anderen Begriff für diese Art des Denkens, ich würde ihn dem technischen Wort "System" gerne vorziehen. Aber da ich dieser Tradition - der kognitiv-organismischen, nicht der kybernetisch-technologischen! -verbunden bin, werde ich ihn vorläufig beibehalten. Im Begriff der "systemischen" Therapie anstelle der Systemtherapie oder der Familientherapie ist immerhin eine Art von Verflüssigung enthalten, die mir wichtig ist.

Systembild des Lebens" heißt also in dieser Tradition:

- Menschen werden weder als Opfer noch als Täter gesehen, sondern immer als beides: d.h. sie sind abhängig von biologischen, biographischen und sozialen Gegebenheiten und haben gleichzeitig das Bedürfnis und die Möglichkeit, sich "etwas aus den Dingen zu machen", d.h. die Freiräume, welche ihnen ihre Geschichte gelassen hat, mit Bedeutung und Wahlmöglichkeiten zu füllen.
- Menschen werden in diesem Sinn als "selbstaktivierte", neugierige Persönlichkeiten gesehen, welche ihre Welt gestalten wollen, und nicht bloß als passive Empfänger von Reizen. Allerdings bietet nicht jede "Welt" bzw. jede Situation dieselben

Möglichkeiten der Sinnfindung und des Wandels. Darum ist es wichtig, Menschen und ihre Konflikte immer bezogen auf den *Kontext*, in dem sie leben, zu verstehen, und diesen in die therapeutischen Überlegungen einzubeziehen. Kontext ist identisch mit dem Begriff der Lebens- und Bedeutungswelt, auf den ich zurückkommen werde.

- Probleme existieren nicht an sich, sondern werden erzeugt, gelöst oder festgeschrieben durch die Art, wie sie durch Sprache mit Bedeutung versehen werden.
- Das Denken in statischen Zuschreibungen von Merkmalen wird abgelöst durch den Begriff der gemeinsamen Wirklichkeitskonstruktion oder der Problemdefinition zwischen Therapeutin bzw. Therapeut und Klienten. Willst Du erkennen, lerne zu handeln und verhandeln
- "Ganzheitlichkeit" des Verstehens und Beschreibens kann immer nur annähernd erzeugt werden, da unsere Sprache die Trennung von Subjekt und Objekt impliziert. Sinnvollerweise werden darum neben den logisch-sprachlichen auch metaphorische und intuitive Mittel des Erkennens, Beschreibens und Veränderns (z.B. Geschichtenerzählen, Familienskulpturen, Bilder, Gestalten) verwendet.
- Die Überzeugung, daß Klienten und Therapeuten gleich viel beitragen zur Definition von Problemen und ihren möglichen Lösungen, läßt sich nicht ohne weiteres übertragen auf die üblichen Wissens- und Statushierarchien therapeutischer Institutionen. Aus diesem Grund muß das systemische Bild des Menschen immer auch den *Kontext der Institution*, in welcher Therapie angeboten wird, einbeziehen. Es gibt nach meiner Erfahrung Institutionen (z.B. von der Art, daß ein Supermarkt-Angebot von Therapiemethoden in streng hierarchischer Ordnung zur Verfügung steht), welche inkompatibel sind mit Systemdenken.

Landkarte des Beschreibens und Verstehens

Im folgenden Teil möchte ich nun die angekündigte Landkarte vorstellen. Ich habe sie - beeinflußt durch Folkman und Lazarus (1984) und andere Forscherinnen, die sich mit der Frage befassen, wie Menschen auf Streß reagieren und wie unterschiedlich sie mit kritischen Lebensereignissen umgehen, systemisch weiterentwickelt und angewendet in der Auswertung eines Projektes zur Erforschung des Krankheitsverständnisses und der Alltagsbewältigung in Familien mit chronischer Krankheit (Welter-Enderlin 1989).

ABC-X Modell von Streß, Lebens- und Bedeutungswelt und Coping

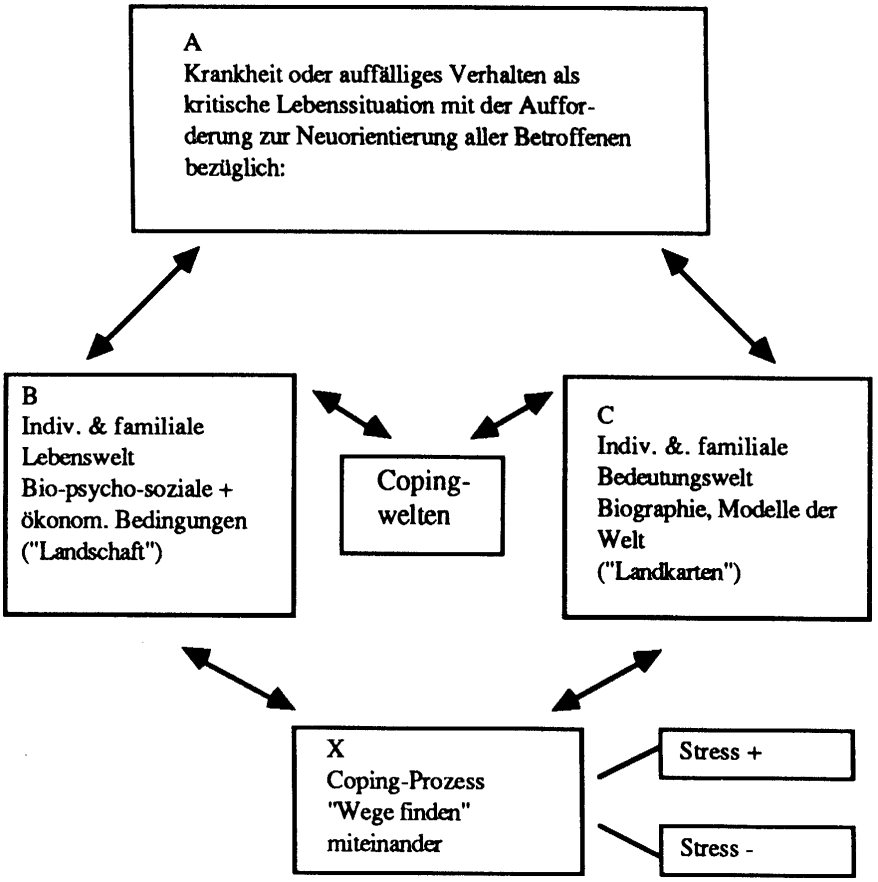

Abb. 1. ABC-X Modell von Streß, Lebens- und Bedeutungswelt und Coping

Die Bedeutung kritischer Ereignisse

Ereignisse sind nicht an sich gut oder böse bzw. kritisch oder harmlos, sondern werden durch unsere Ideen darüber bzw. deren Versprachlichung, dazu gemacht. Dabei werden die vielfältigen möglichen Beschreibungen desselben Ereignisses je nach Referenzsystem unterschiedlich ausfallen. Mit Referenzsystem meine ich einerseits die verschiedenen Positionen, von denen aus Ereignisse beschrieben wer-

den, und andererseits die unterschiedlichen Weltanschauungen, die zu diesen Positionen gehören. Patienten, ihre Bezugspersonen, ihre Therapeutinnen und Therapeuten sowie deren Auftraggeber sehen dasselbe Phänomen typischerweise in völlig unterschiedlichem Licht und klassifizieren es entsprechend ihrem Referenzsystem, z.B. von Alltags- oder wissenschaftlichen Theorien oder ihrem gesellschaftlichen Auftrag.

Die meisten therapeutischen Beschreibungen und Klassifizierungen gehen von einseitigen Ursache- und Wirkung-Annahmen aus und werden als Eigenschaften (Max *ist* egoistisch, Martha *ist* depressiv) bezeichnet. Damit verfestigen sich solche Zuschreibungen zu "Wahrheiten", zu sich selbst erfüllenden Prophezeiungen. Martha ist dann so depressiv, weil Max so egoistisch ist, und Max so egoistisch, weil Martha so depressiv ist. Wer die beiden immer nur im selben statischen Kontext - einer Paartherapie z.B. - erlebt, und außerdem davon ausgeht, daß ihr Fühlen und Verhalten *unwillkürlich* sei (weil von frühen Fixierungen oder Traumata geprägt), wird bald mit ihnen ins Loch der Unausweichlichkeit fallen und Hoffnung höchstens noch in jahrelanger "aufarbeitender" Therapie, in Medikation oder einer Scheidung sehen.

Hier nun stellt sich die Frage therapeutischer Ideologie und therapeutischer *Ethik*. Tragen wir durch unsere Ideen, die einseitig an Pathologie und deren Kontrolle orientiert sind, dazu bei, daß Ereignisse als "unveränderbar", als Ergebnis von individuellen oder familialen Defiziten beschrieben werden? Nennen wir das Glas halb voll oder halb leer? Schreiben wir fest oder übernehmen wir die Verantwortung dafür, durch unsere Fragen und andere Interventionen das Verhalten und Erleben dieses Paares mittels Verben in wechselseitigen Bezug und in einen Sinnzusammenhang zu stellen? Einen Zusammenhang, der möglicherweise die bisher nur als dysfunktional oder pathologisch dargestellten Verhaltensweisen als nützliche Vorboten anstehender Veränderung erscheinen läßt?

Mit dieser Frage ist jene des *Verständnisses von "Störungen" oder Symptomen* angeschnitten. Symptome werden in der "Maschinen"-orientierten Systemtherapie gerne als Zeichen von Dysfunktionalität eines ganzen Beziehungssystems beschrieben, als Spitze eines Eisberges, den es zu ergründen und aufzubrechen gilt. Damit bleibt Systemtherapie genau in der reduktionistischen Tradition klassischer Psychoanalyse, die sie seinerzeit bekämpft hat.

Der Begriff des "identifizierten Patienten" oder "Symptomträgers" gehört zu diesem Bild. Beim in der Therapie üblichen zeitlichen Schnitt durch eine problematische Situation paßt dieses Bild sogar. Tatsächlich hat sich in den meisten Fällen eine Familie oder ein Paar bzw. eine Arbeitsgruppe bereits fest um eine bestimmte Abweichung oder ein auffälliges oder krankes Mitglied organisiert, wenn der Berater/die Beraterin dazu kommt. Aus dieser Beobachtung aber zu folgern, die Familie oder Gruppe hätte diese Problematik "erzeugt", um sich so zu stabilisieren, macht mindestens therapeutisch Schwierigkeiten, weil damit die

Frage nach Ursachen und Schuldigen, die meist zum Verhängnis beigetragen hat, noch mehr Gewicht bekommt.

Sinnvoller scheint mir die durch die Arbeiten von Prigogine et al. (zit. n. Welter-Enderlin 1989) inspirierte Sichtweise, wonach "*Fluktuationen", also von bisherigen Normen abweichende Verhaltensweisen, zur Entwicklung von Menschen und Beziehungen gehören,* und bloß unter bestimmten Umständen, quasi nach dem Zufallsprinzip, als negativ oder dysfunktional bewertet werden. Aus unserem Alltag wissen wir alle, daß z.B. ein Säugling, der wenig Schlaf braucht oder nachts oft weint, in der einen Phase einer Familie zwar als mühsam, aber keineswegs "pathologisch" eingestuft wird, während dieselben Eltern in einer anderen Situation (wenn ein nächstes Kind während einer kritischen Familienphase jede Nacht schreit), ähnliches Verhalten völlig unakzeptabel oder gar krankhaft finden.

Kehren wir zurück zu Martha und Max und zur Frage, wie in ihrem Fall die statischen Zuschreibungen Egoismus und Depression "verflüssigt" werden könnten im Rahmen einer Therapie. Neue Beziehungs- und Sinnzusammenhänge werden einerseits durch therapeutische Fragen hergestellt oder hervorgelockt, welche sich prospektiv auf *was wäre wenn* (Martha sich durchsetzen bzw. Max seine Antennen ausfahren statt auf sich bezogen halten würde), beziehen können. Handlungsfreiräume eröffnen sich aber auch durch retrospektiv gerichtete Fragen nach *Ausnahmen* zum präsentierten Muster. Andererseits können anhand der direkten Beobachtung von Interaktionssequenzen in der Sitzung oder durch das Paar selber im Alltag auch kleine, aber bedeutende Abweichungen zu den bisherigen Zuschreibungen probiert werden. Niemand ist 24 Stunden lang gleich egoistisch oder gleich depressiv! Der Egoismus von Max könnte dann z.B. als seine Möglichkeit interpretiert und verschrieben werden, ab und zu Kraft zu schöpfen zur Unterstützung von Marthas Übergangskrise. Marthas depressive Episoden könnten als Vorboten dafür verstanden und täglich zu bestimmten Zeiten "erlaubt" oder verschrieben werden, daß sie ihr Leben neu überdenken und neue Szenarien der Autonomie entwickeln will. Natürlich können solche *Referenztransformationen,* wie wir sie nennen, nicht beliebig dem Kopf der Therapeutin oder des Therapeuten entspringen. Sie "greifen" nur, wenn sie übereinstimmen mit der Lebens- und Bedeutungswelt der Betroffenen.

Die Fragen, in welcher Weise die Wahrnehmung, das Fühlen und die Verhaltensmuster von Martha und Max geprägt sind von ihrer jetzigen Lebens- und Beziehungsphase, von ihrem Gesundheitszustand, ihren individuellen Biographien und ihren Rollen als Frau, Mann und als Berufsleute, und welche Lebensthemen zu dieser Zeit individuell und gemeinsam zu lösen sind, sind hier zentral. Einerseits können sie durch das sorgfältige Hören auf die Nuancen des Erzählens, welches therapeutische Neugier und sprachliche Sensibilität voraussetzt, beantwortet werden. Anderseits braucht es dafür präzise und passende Fragen (retrospektiver und prospektiver Art), welche Information über die Welten der Klienten erzeugen und

als Grundlage für die therapeutischen Hypothesen dienen (Hildenbrand 1990). Aber nicht nur über die gesprochene Sprache, sondern ebenso sehr über die sorgfältige Beobachtung *nicht-verbaler* Interaktionsmuster werden intuitive, erfahrungsgeleitete Hypothesen erzeugt.

Referenztransformationen, d.h. mit neuen Wahlmöglichkeiten versehene erweiterte Definitionen der bisherigen Probleme, greifen nur, wenn sie zu den Geschichten *passen,* welche die Familien über sich und die Ereignisse erzählen. Quasi magisch anmutende Deutungen oder flotte positive Konnotationen, wie sie in der "Kurztherapie-Szene" verbreitet sind, bewirken nicht selten das Gegenteil, wenn sie beliebig und standardisiert sind.

Ereignisse werden also nicht im luftleeren Raum, sondern innerhalb eines bestimmten Kontextes, eingeschätzt und sprachlich definiert. Die Buchstaben B) und C) in meinem Schema entsprechen den Lebens- und Bedeutungswelten, auf die ich nun eingehen will. Da sie als wesentliche Elemente vieler Therapieformen eine Rolle spielen, will ich mich bei ihrer Erläuterung kurz fassen.

Lebens- und Bedeutungswelten

Die Lebens- und Bedeutungswelten sind identisch mit dem Begriff "Kontext", den ich bereits öfters erwähnt habe. Kemm und Welter (1987) bezeichnen ihn als *Coping-Setting* und meinen damit die Welt, in welcher kritische Ereignisse beantwortet werden. In meinem Schema heißt dasselbe die *Lebens- und Bedeutungswelt.* Das sog. objektive Coping-Setting, die Landschaft, entspricht dabei der Lebenswelt, das sog. subjektive, die Landkarte, der Bedeutungswelt. Die beiden werden in meinem Schema künstlich getrennt, bedingen einander aber und setzen einander voraus, d.h. sind als Ganzheit zu verstehen.

Bei beiden Aspekten geht es um die Frage der vorhandenen oder zu entdeckenden *Ressourcen* oder Möglichkeiten, mit dem als kritisch bezeichneten Ereignis so umzugehen, daß daraus neue Perspektiven entstehen. Es geht aber auch um die Frage der erfahrenen Grenzen oder *Stressoren.* In der *Lebenswelt* scheint es außerdem sinnvoll, Ressourcen und Stressoren unter den Aspekten *Zeit und Raum* zu Orten. Was den Zeitaspekt betrifft, habe ich schon erwähnt, daß nicht jede Phase im Leben eines Individuums, eines Paares oder einer Familie dieselben Bedingungen von Verletzbarkeit oder Immunität mit sich bringt, es also keinen Sinn macht, von quasi unveränderbaren Personen- oder Systemmerkmalen zu reden. Natürlich haben wir alle unsere bewährten oder bevorzugten Verhaltensweisen, mit denen wir auf Streß reagieren - mit Kampf oder Flucht beispielsweise - aber sie gehören nicht zu uns wie unsere blauen Augen!

Mit dem Aspekt des *Raumes* meine ich die strukturellen oder politischen Bedingungen, also z.B. die Machtverhältnisse, unter denen Menschen leben und die Handlungs- und Verhandlungsfreiräume, die ihnen offen stehen.

Unter den Aspekten der biologischen, emotionalen, kognitiven, sozialen Ressourcen und Stressoren sind alle für das "Problem-System" relevanten Informationen zu einer bestimmten Zeit in einem bestimmten Raum gemeint. Auch sie können erschlossen werden durch gezielte Fragen, wie sie in anamnestischen Leitfaden vorgesehen sind, aber ebenso durch sorgfältiges Hinhören auf die sprachlichen Ausdrücke und die Bilder, welche beim Erzählen von Geschichten oder z.B. durch die Darstellung eines Wohnungs-Grundrisses vermittelt werden.

Der Begriff der *Bedeutungswelt* bezieht sich auf die Art und Weise, wie Menschen Sinn machen aus dem, was gegeben ist (z.B. eine Krankheit oder Behinderung) oder aus dem, was sich ereignet (ein unruhiger Säugling kommt zur Welt) oder was ihnen zustößt (Martha zieht sich ins Bett zurück und weint stundenlang, Max geht öfters allein aus). Wir alle haben unsere persönlichen Theorien für die Interpretation der Dinge, die uns zustoßen, oder unsere "Landkarten" für die Landschaften, die wir betreten. Sie leiten unser Handeln im Sinne sich selbst erfüllender Prophezeiungen und führen entweder zur Lösung von Problemen oder aber zu ihrer Verfestigung. Auch "Landkarten" sind nicht angeboren wie blaue Augen, sie sind erworben und passen meist lange Zeit zur Landschaft, in der wir uns als Frauen oder Männer, Mädchen oder Jungen bewegen. Wenn Krisen jedoch als Vorboten notwendiger Entwicklung verstanden werden, stehen meist auch Veränderungen in unseren Landkarten an, damit sich Orientierungmöglichkeiten ergeben für veränderte Lebenspläne oder neue Beziehungsszenarien. Zur Entwicklung passender Landkarten ist es sinnvoll, zuerst die bisherigen kennenzulernen - mittels Fragen nach individuellen und familiären Geschichten oder Aufträgen - und mit den Klientinnen und Klienten zu prüfen, was daran erneuert werden muß, und was an den bisherigen Landkarten auch für die neue Landschaft paßt.

Ein Beispiel: In einer Familie mit Mutter, Vater, einem 21jährigen Sohn (Walter) und einer 18jährigen Tochter (Susann) erleidet der Sohn bei einem Autounfall ein Schädel-Hirntrauma. Er kommt nach langem Klinikaufenthalt und einem halben Jahr im Rehabilitationszentrum im Rollstuhl wieder in die Familie zurück. Im Familiengespräch mit einer Therapeutin wird von Mutter, Vater und Schwester anhand alltäglicher Beispiele erzählt, wie unendlich schwer es ihnen fällt, das rechte Maß an Hilfe, Trost und Herausforderung gegenüber dem Patienten zu finden. Walter provoziert durch übermäßiges Rauchen, Trinken und fluchen Zuwendung in Form von stundenlangen Gesprächen und "gutem Zureden". Sein Anliegen ist, bedeutend mehr Handlungsfreiräume zu bekommen, aber da er auf praktische Hilfen angewiesen ist, weiß niemand recht, wie das zu machen wäre. Durch die Fragen der Therapeutin wird klar, daß schon vor dem Unfall die familiale Landkarte in bezug auf Walter hieß: "Er

nimmt sich soviel Raum, daß niemand sonst mehr Platz hat in der Familie". Diese Landkarte paßt offensichtlich nicht mehr zur neuen Situation. Aber auch ihre bereits erfolgte Umkehr: "Nun bestimmen wir anderen, wieviel Freiräume er bekommt", behindert die notwendigen Schritte in Richtung relativer Autonomie des Patienten. - Mit der folgenden Ausweitung der Problemdefinition "Trotz der Einschränkungen durch die Folgen des Unfalls stehen noch Freiräume für Walter und für seine Angehörigen zur Verhandlung offen und kann der durch den Unfall unterbrochene Ablösungsprozeß auf neue Art wieder aufgenommen werden" eröffnen sich Perspektiven, welche alte und neue Aspekte von Familien-Landkarten zusammenbringen.

Coping- bzw. Bewältigungsmuster

Mein Schema könnte gut auch von dieser Seite her gelesen werden. Coping bzw. Auseinandersetzungs- und Bewältigungsmuster beziehen sich auf die Idee, daß jede Reaktion auf ein als kritisch erfahrenes oder bezeichnetes Ereignis der Versuch ist, damit so umzugehen, wie es sich bisher in ähnlichen Situationen bewährt hat, und wie es zur jeweiligen Lebens- und Bedeutungswelt paßt. Bewältigungsmuster sind an sich weder gut noch schlecht. Sie können hinsichtlich ihrer Güte nur beurteilt werden, wenn man nach ihrer Wirksamkeit fragt, also ob sie Streß-erhöhend oder Streß-reduzierend wirken. Verhaltensweisen, die in der einen Situation durchaus erleichternd wirken, wie z.B. stundenlanges Reden, können in anderen Situationen die Probleme chronifizieren.

Unter Coping verstehe ich einerseits die *aktive Auseinandersetzung* mit kritischen Ereignissen durch Handeln, Kämpfen, Informationen einholen, neue Spielregeln aushandeln und Freiräume geben und nehmen, aber andererseits auch den akzeptierenden Umgang mit denjenigen Aspekten, die nicht verändert werden können. Dazu gehören die Fragen nach dem Sinn von Ereignissen, also die *symbolische* Art der Bewältigung. Sowohl konkrete als auch symbolische Bewältigungsweisen sind notwendig und nützlich, werden aber von verschiedenen Menschen unterschiedlich eingesetzt und bewertet.

Therapeutisch wichtig scheint mir, daß wir als Außenstehende nie absolut wissen können, ob ein Copingprozeß funktional oder dysfunktional ist, sondern höchstens beobachten, in welcher Art Streß erhöht oder reduziert wird. Um nochmals das Beispiel des hirngeschädigten jungen Mannes und seiner Familie zu erwähnen: Im Erstgespräch erzählt Walter, daß er - da seine linke Hirnhälfte unversehrt geblieben ist - unbedingt versuchen wolle, nach einiger Zeit sein Medizinstudium wieder aufzunehmen. Die Reaktion bei seinen Angehörigen: Kopfschütteln und Hinweise auf seinen jämmerlichen Zustand, und vor allem auf die

negativen Prognosen der Experten. - Hinter der Einwegscheibe fallen Begriffe wie "Abwehrmechanismen" und "Verleugnung der Behinderung"; Arger und Hilflosigkeit vermischen sich bei den Beobachterinnen und Beobachtern. Mit dem Konstrukt der symbolischen und konkreten Bewältigungsmöglichkeiten und einem Menschenbild im Kopf, das an Ressourcen orientiert ist, "erzählt" die Therapeutin nach der Supervisions-Pause die von Walter und seiner Familie begonnenen divergierenden Geschichten so weiter, daß ein neues Kapitel entsteht, welches *nicht Wahrheit, sondern ein Sowohl-als-auch anstrebt.*

"Wir alle brauchen, wenn wir im dunklen Tunnel einer Übergangskrise stecken, Visionen darüber, wie die Landschaft am anderen Ende aussehen könnte. Ohne Träume bleibt die Zeit an Ort. Aber ohne Schritte in Richtung Tunnelausgang bleiben wir Menschen an Ort … Vermutlich braucht es jetzt beides, Visionen und ganz konkrete alltägliche Schritte, die Walter unternimmt, und die von der Familie auf eine Art unterstützt werden, welche wohl nur mittels Versuch und Irrtum gefunden werden kann."

Therapeutisches Handeln, therapeutische Haltung

Vielleicht ist durch die Art meiner Darstellung und meiner Beispiele eine Idee davon entstanden, was therapeutische Haltung und therapeutisches Handeln in dieser Sichtweise bedeutet. Ich möchte hier lediglich ein paar mir persönlich wichtige Anliegen zusammenfassen.

- Systemtherapeutisches Handeln ist geleitet von einer *Haltung des Kultivierens*, zu der sowohl das warme Tuch des Verstehens und der Empathie gehört, das ich Menschen umlege, als auch der Mut, Dinge so zu benennen, daß alte, eingefrorene Zuschreibungen verflüssigt werden und neue Perspektiven entstehen können. Das geschieht sowohl durch die Art der Gesprächsführung - z.B., indem ich durch *Fragen nach Unterschieden* („was wäre das Beste, was das Schlimmste", "worin bestehen die Ausnahmen zum problematischen Verhalten") Wahlmöglichkeiten aufzeige.
- als auch durch direkte *Vorschläge von Experimenten* im Alltag mit dem Ziel, neue Informationen zu erzeugen. Die Einbeziehung jener Menschen, welche die Probleme mitdefinieren und an ihrer Lösung beteiligt sind, ermöglicht Konsensfindung und neue Erfahrungen im Alltag. Klientinnen und Klienten werden dadurch unabhängiger von Expertinnen und Experten sowie von Institutionen.
- Ich gehe davon aus, daß ich zwar in meinem eigenen Leben verantwortlich bin und zu entscheiden habe, was ich als gut oder böse beurteile, daß ich diese Verantwortung aber nicht übernehmen kann für meine Klientinnen und Klienten. Wich-

tig ist mir jedoch, ihnen durch das *Aufzeigen von Handlungsfreiräumen* im Sinne von Transparenz (Aufklärung) Mut zu machen, eigene Verantwortung zu übernehmen und sich zu entscheiden, welchen Weg sie gehen wollen. Trotz dieses *emanzipatorischen Anliegens* komme ich jedoch nicht darum herum, meine eigenen Werte zu reflektieren und dort auszusprechen, wo sie im Widerspruch stehen zu denen meiner Klienten. Besonders wichtig ist mir das bei Problemen von Gewalt und Machtmißbrauch in menschlichen Beziehungen.

- Die bestehenden Klassifikations-Schemata aus *Psychiatrie, Medizin, Psychologie und Soziologie dienen mir als Landkarten* zur Einordnung meiner Wahrnehmung *in* bestehende Wissensstrukturen und zur interdisziplinären Verständigung. Sie bieten mir als "Vogelperspektive" die Möglichkeit, mich mit der Nase am Boden ins Dickicht zu schleichen und aus der "Froschperspektive" in das jeweils einmalige Geschehen einzulassen, weil ich dank ihr auch immer wieder Distanz und Überblick gewinnen kann. Dieser rasche Wechsel zwischen Handeln und Erkennen, zwischen Fühlen und Denken, also "handelnd zu erkennen und fühlend zu denken", macht systemisches Arbeiten spannend und lustvoll. Wichtig scheint mir, daß die Unterscheidung zwischen den erwähnten Abstraktionsebenen von Landschaft und Landkarte, Vogel- und Froschperspektive, immer wieder neu gemacht wird.

- Mit einem Verständnis der Welt, das nicht in erster Linie dem Ringen nach Wahrheit gilt, sondern auf der Erkenntnis beruht, daß menschliche Wirklichkeit durch eine Fülle von Perspektiven auf unbekanntes Land sowie durch unsere Handlungen erzeugt wird, geht die Erleichterung einher, daß ich weder die wirklich wahre Diagnose noch die wirklich richtige Intervention finden muß. *Aus dem Indikativ des Lebens (es ist so), kann ich mit meinen Klientinnen und Klienten zusammen den Konjunktiv entwickeln (so könnte es sein).* Teilnehmende Neugier und gemeinsames Entdecken und Erfinden von Möglichkeiten erzeugen dabei nach meiner Erfahrung wesentlich mehr kreative Energie als die traditionelle Expertenhaltung.

"Die Aufgabe des Poeten besteht nicht darin, Dinge zu beschreiben, die sich ereignet haben, sondern Dinge, die sich ereignen könnten, also was möglich oder wahrscheinlich ist. Vielleicht hassen Tyrannen deswegen die Poeten und Schriftsteller so sehr, und übrigens auch die Historiker..." (Aristoteles).

Und übrigens auch die Therapeutinnen und Therapeuten?

Literatur

Bertalanffy L v (1969) General System Theory. George Braziller, New York

Bruner J (1986) Actual Minds, Possible Worlds. Harvard Univ Press, Cambridge

Folkman 5, Lazarus R (1984) Stress, Appraisal and Coping. Springer, New York

Hildenbrand B (1990) Mikro-Analyse von Sprache als Mittel des Hypothetisierens. Familiendynamik 14: 3

Hoffman L (1982) Grundlagen der Familientherapie. ISKO, Hamburg

Keeney BP (1987) Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten, Bd 2. In: Systemische Studien (Hrsg) modernes lernen, Dortmund

Kemm R, Weiter R (1987) Coping mit kritischen Ereignissen im Leben Körperbehinderter. Edition Schindele, Heidelberg

Körner W, Zygowski H (1988) Im System gefangen. Psychologie heute 15/4:1845

Lichtenberg G (1976) Sudelhefte. Inseltaschenbuch, Bd 165. Insel, Frankfurt aM

Maturana HR, Varela FJ (1987) Der Baum der Erkenntnis. Scherz, Bern

Miller JG (1978) Living Systems. McGraw-Hill, New York

Wiener N (1948) Cybernetics. Wiley, New York

Welter-Enderlin R (1988) Die Geister, die wir riefen... In: Reiter L, Brunner EJ, Reiter-Theil 5 (Hrsg) Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 5 175

Welter-Enderlin R (1989) Krankheitsverständnis und Alltagsbewältigung in Familien mit chronischer Polyarthritis. Psychologie Verlags Union, München

Wolf Ch (1979) Kindheitsmuster. Luchterhand, Frankfurt aM

Die Kunst der Abhängigkeit

Ingrid Riedel

Als man mich fragte, ob ich über die Fähigkeit abhängig zu sein sprechen wolle, mußte ich schmunzeln. Quer zu allem, was hier vermutlich über die Gefahren der Abhängigkeit gesagt werden würde, sollte ich also sprechen. Eine Herausforderung, die mich lockte. Gehört doch das abhängig Sein des Menschen vielleicht nicht nur zu seiner Pathologie, nicht nur zu seiner Suchtstruktur, sondern zu seiner menschlichen Natur überhaupt. Wenn schon, dann reizte es mich, nicht nur über die Fähigkeit, sondern gleich über die *Kunst* abhängig zu sein, zu sprechen. Ich glaube, daß es sie gibt - und nicht nur im ironischen Sinne, wie Watzlawick über die Kunst, unglücklich zu sein schrieb.

Aufs erste betrachtet würde man eher die Fähigkeit, unabhängig zu sein als eine Kunst betrachten. Sie ist auch eine. Und wer unter uns von sich behaupten könnte unabhängig zu sein, der wäre kompetent, über diese Kunst zu sprechen. Ich bin es nicht. Ich bin abhängig von mir wichtigen Menschen, manchmal sogar von weniger wichtigen; von einer guten Atmosphäre, von meinem körperlichen Wohlbefinden, immer wieder einmal von einem guten Essen und einem guten Wein. Erst recht immer wieder von Zuneigung, von Zärtlichkeit, von so manchen Dingen, die ich liebe und brauche, manchmal sogar vom Wetter. Und immer bin ich dabei abhängig von einigermaßen reiner Luft, in der man noch atmen kann, von Wasser, das man noch trinken kann, wir leben ja in einer umfassenden ökologischen Interdependenz, das wäre ein Thema für sich. Wenn ich dieses, die mir wichtigen Menschen und Dinge, gute Luft um mich habe, fühle ich mich wohl; im Vollbesitz meiner Kräfte bin ich guter und meist auch kreativer Stimmung, wenn sie mir fehlen, sinkt mein Stimmungsbarometer, meine Kreativität sinkt, mir fällt nicht mehr so viel ein, ich bin nicht mehr so emphatisch.

Vor allem aber bin ich abhängig, weil und wo ich anhänglich bin, wo ich mich zugehörig fühle. Es wird mir doch niemals gleichgültig sein können, wie es einem mir wichtigen und lieben Menschen ergeht. Es wird mich doch nicht unberührt lassen, wenn es ihm oder ihr schlecht geht. Nein, es wird meine eigene Stimmung entscheidend beeinflussen und nicht nur meine Stimmung, auch mein Handeln. Es wird mich erst recht nicht unberührt lassen, wenn dieser Mensch sich

ein Stück weit aus unserer Beziehung entfernt, sich mir entzieht, während ich doch auf ihn warte, mich auf ihn beziehe. Unabhängigkeit unter Menschen wäre nur möglich um den Preis der Unbezogenheit.

Abhängigkeit ist genau betrachtet ein Beziehungsbegriff. Abhängigsein heißt doch, in Relation stehen zu etwas, zu jemandem. So sagen wir beispielsweise, das Wetter morgen ist abhängig von der Windgeschwindigkeit, in der ein neues Island-Tief herankommt. Oder die Stabilität einer Beziehung ist abhängig davon, wie wichtig die Interessen sind, die die beiden miteinander teilen. Wir gebrauchen es immer als Beziehungsbeschreibung.

Abhängig sein heißt bezogen sein

Im englisch-amerikanischen spricht man von "dependence", wenn es um Abhängigkeit geht, von "interdependence", wenn es um gegenseitige Abhängigkeit von Personen oder von Vorgängen untereinander geht. Auch hier handelt es sich um einen klaren Beziehungsbegriff. Für den Begriff der totalen Abhängigkeit im Sinne der Sucht, der Drogenabhängigkeit z.B., hat man dagegen einen eigenen Ausdruck: "drug addiction". Wer "drug addicted" ist, ist der Droge anheimgegeben. Dies ist eine ganz andere Form der Okkupation als die der bloßen Abhängigkeit. Es ist radikale, absolute Abhängigkeit, im Unterschied zu der relativen, von der ich hier spreche. Immerhin dürfen wir nicht übersehen, daß jede Relation zwischen zwei Polen, zwischen zwei Positionen bis zur Aufhebung der einen gehen kann, so daß einer vom andern dominiert wird. So sinkt die Waage, die Wippe, eindeutig nach unten, wenn die eine Waagschale, die eine Seite der Wippe unverhältnismäßig belastet ist. Dann sitzt der zu Schwere unten, der zu Leichte oben; die Wippe steht und läßt sich nicht mehr bewegen, das Spiel ist blockiert. Die Partner müßten also von adäquatem Gewicht sein, soll das Beziehungsspiel gelingen.

Abhängigkeit, wie ich sie beschreibe, besteht in dem Balancespiel der beiden, die miteinander schaukeln, die untereinander in Beziehung stehen. Dieses Balancespiel in Gang zu bringen, in Gang zu halten, das wäre die Kunst, abhängig zu sein, die ich meine. Das anschaulichste und angemessenste Bild für ein Voneinander-Abhängen als Beziehungsgeschehen, ist wohl das einer Seilschaft im Gebirge, da hängen alle Beteiligten am gemeinsamen Seil, hängen von ihm und voneinander ab, das ist "interdependence". Wichtig für unser Verständnis von Abhängigkeit ist auch, daß die Seilschaft freiwillig eingegangen ist und auch wieder gelöst werden kann. Die Kunst, abhängig zu sein, beruht auf einem Modus, dem Modus, grundsätzlich freiwillig die jeweilige Abhängigkeit eingegangen zu sein und sie wieder lösen zu können. Solange die Seilschaft aber besteht, während

sie besteht, bedeutet sie schicksalhafte Abhängigkeit. Ich trage hier die anderen mit, werde aber auch mitgetragen. Wenn auf dem Gletscher, auf unübersichtlichem Gelände Schnee oder Eis durchbrechen und ich über einer Spalte im Bodenlosen hänge, dann fängt die Seilschaft mich auf. In seltenen und tragischen Fällen kann ich auch mitgerissen werden in den Sturz des anderen. Entweder mitgetragen oder mitgerissen zu werden, das ist das hohe Risiko, das ich eingehe, wenn ich mich von jemandem abhängig mache. Aber im Regelfall ist das Aneinandergebundensein einer Seilschaftsgruppe, die Abhängigkeit aller voneinander, gerade das Tragende und das Rettende, dazu geht man sie ein. Eine Seilschaft wird die Zugehörigen niemals fallen lassen, sie sind und bleiben verbindlich aufeinander bezogen.

Abhängigsein voneinander, im Sinne dieser Bezogenheit, das gilt nur in seltenen Fällen für solche Extremsituationen, wie ich sie eben beschrieben habe, sie machen aber deutlich, worum es geht. Es gilt vor allem für zahllose Situationen im Alltag.

Voneinander abhängig sein, das bedeutet z.B., sich aus einem spannenden existentiellen Gespräch mit einem neu gefundenen Gesprächspartner losreißen zu können, weil zu Hause die Kinder auf ihr gewohntes 'Zu-Bett-geh-Ritual' warten. Es heißt, ein anregendes Fest, in dem eben die Stimmung steigt, zu unterbrechen, weil man einer Freundin noch einen Anruf versprochen hat. Es heißt, auf eine große Bergwanderung mit Freunden zu verzichten, weil sich der alte Vater an diesem Sonntagnachmittag auf einen kleinen Spaziergang mit einem freut. Daß die anderen Zuverlässigkeit von einem erwarten, das ist das Lästige an jeder verbindlichen Beziehung, das Lästige, das einfach jede Beziehung enthält, das, was einen die Abhängigkeit von anderen manchmal als quälend erleben läßt. Soll es denn nicht mehr erlaubt sein, sich spontan etwas einfallen zu lassen, die Abmachungen mit anderen sowie deren Erwartungen über den Haufen zu rennen? Lästig, zu einer bestimmten Zeit zum Essen kommen zu sollen, auch wenn es Freunde für einen vorbereitet haben. Nicht minder lästig aber auch, selbst mit aller Liebe für Freunde ein Essen vorbereitet zu haben - z.B. Felchen aus dem Bodensee, bei dem die Kochzeit stimmen muß - und diese Freunde haben sich dann irgendwo "versessen" und lassen auf sich warten. Ausschließlich als lästig könnten wir diese Abhängigkeit, dieses Angewiesensein auf einen anderen und aufeinander betrachten, wären wir nicht selber in der gleichen Weise auf die verläßliche Bezogenheit des anderen angewiesen, darauf, daß der versprochene und sehnlich erwartete Anruf auch wirklich kommt, darauf, daß sowohl die Spaziergänge als auch die Gute-Nacht-Rituale eingehalten werden, auf die wir uns freuen. "Es muß feste Bräuche geben", sagte der Fuchs zum Kleinen Prinzen bei Saint-Exupéry, "ich muß wissen, wann mein Herz da sein soll". Mit diesem Ausspruch erweist sich der Fuchs als ein Meister in der Kunst, abhängig zu sein.

Die Unfähigkeit, abhängig zu sein

Oder die Angst, sich zu verlieren

Es gibt demgegenüber auch eine Unfähigkeit zur Abhängigkeit. Sie beruht auf einer ausgesprochenen Angst, sich zu verlieren. Sich zu verlieren, sobald ich spüre, daß ich an einem anderen Menschen zu hängen beginne, daß ich anhänglich werde, daß ich ihn brauche. "Verdammt nochmal, ich hänge", sagte mir kürzlich ein Bekannter über die beginnende Beziehung zu einer Frau, er geriet fast in Panik darüber. Warum diese Angst, sich zu verlieren, sobald Abhängigkeit aufkommt? Die Angst kommt offenbar besonders stark bei solchen Menschen auf, die Mühe haben, sich abzugrenzen und das für sie zuträgliche, genießbare Maß an Nähe herauszufinden und es dem Partner auch zu vermitteln. Sie haben Angst, ihre Grenzen zum anderen hin nicht halten zu können, unkontrollierbaren Grenzverschiebungen zu ihren Ungunsten ausgesetzt zu sein. Am schwierigsten auszuhalten ist Abhängigkeit für uns alle dann und dort, wo wir in uns selber nicht gut gegründet sind, wo wir keine klare Identität haben und über keinen kohärenten Ich-Komplex verfügen. Es braucht nämlich Mut dazu, sich von jemandem abhängig zu machen und setzt eine genügend starke Identität voraus. Die Anhänglichkeit an einen Menschen fordert letztlich dazu heraus, die Gründung in sich selbst, die eigene Autonomie zu kräftigen, zu vertiefen. Ein hinreichend in sich fundierter Mensch vermag sich dann auch auf einen anderen zu beziehen, auf Gegenseitigkeit. Einseitig wäre es noch schwerwiegender, noch kritischer, im Sinne der auszubalancierenden Wippe. Aber auch das wäre nicht unmöglich, wenn ich z.B. als Lernender bei einem Kollegen, der mir überlegen ist, der mir aber viel zu geben hat, noch einmal in die Schule gehe, wenn ich etwa als Supervisand bei einem Supervisor lerne. Es setzt eine gewisse Stärke voraus, sich selbst als Lernenden oder Ratsuchenden zu akzeptieren und nicht immerzu über diese relative Abhängigkeit, die dadurch entsteht, zu rebellieren, die dann die Gestaltung dieser Beziehung unmöglich macht.

Die Crux unserer therapeutischen Arbeit sind ja die Menschen, die so Ich-schwach sind, daß sie die relative Abhängigkeit einer therapeutischen Beziehung nicht verkraften, sondern andauernd gegen das Eingehen dieser relativen Abhängigkeit rebellieren, so daß wir überhaupt nicht zum Aufbau und zur Gestaltung einer Beziehung kommen. Da wird besonders deutlich, wie Ich-Stärkung und die Fähigkeit zur Abhängigkeit zusammenhängen, daß das keine sich ausschließenden Begriffe sind, sondern einander bedingende und herausfordernde. Völlig unabhängig von solchen Bezogenheiten wären wir nur um den Preis der Unbezogenheit, der Unverbindlichkeit. Die Kunst, abhängig zu sein, wäre also eine Kunst, die mit freiwillig eingegangenen, aber auch mit unvermeidlichen

Verbindlichkeiten umzugehen weiß, schließlich so gekonnt umzugehen weiß, daß Spielraum und Spielfreude entstehen und eine gewisse Meisterschaft errungen werden kann. Diese Kunst setzt voraus und fordert dazu heraus, sich der Eigenidentität bewußt geworden zu sein, sie immer souveräner einsetzen zu können, so daß die partielle Abhängigkeit, die aus frei bejahter Anhänglichkeit entsteht, zu einer Fähigkeit wird, sich aufeinander zu beziehen, Teil zu haben und Teil zu geben, zu einer Kunst der Gegenseitigkeit.

Es fällt mir doch kein Stein aus der Krone, wenn ich auf einen Impuls, eine Idee eingehe, die zuerst vom anderen kommt, sei es die Idee zu einer Reise, einem Gespräch oder auch der Impuls zu einer zärtlichen Berührung. Es kann doch sehr schön für mich werden, auch wenn ich damit zugleich den Wunsch des anderen erfülle. Wo das Balancespiel gelingt, wird morgen *mir* der Partner *meinen* Wunsch erfüllen.

Das alte, sprichwörtliche "do, ut des", ich gebe, damit Du gibst, drückt nur die primitivste, noch jedem Egoismus offene Form des Teilgebens aus und ist doch schon einen Schritt weiter als das oft einfach vorausgesetzte "Ich gebe nichts und Du sollst trotzdem geben". Wie gut täte es alten und neuen Beziehungspartnern, sich immer wieder einmal zu sagen, auch mitten im legitimen Kampf um Autonomie, daß sie nicht ohne einander leben möchten, daß sie einander brauchen, vor allem, wenn das auch stimmt. Wieviel lieber würde dann der betreffende Partner so manchen Autonomiewunsch zugestehen, als wenn ihm immer wieder gedroht wird "ich könnte mich ebenso gut von Dir scheiden lassen und wäre am liebsten schon längst von Dir geschieden". Wir sprechen hier wohlgemerkt von einer partiellen Abhängigkeit, von "dependence", nicht von "addiction'". Einer partiellen Abhängigkeit, die in dem Maße bejaht werden kann als ich in mir gegründet bin, meine Grenzen halten, meine Tore öffnen und auch schließen kann. Dem steht die absolute Abhängigkeit gegenüber, eine brutale "drug addiction" beispielsweise oder auch eine sexuelle Hörigkeit. Es ist sehr die Frage, ob es noch eine Kunst gibt, mit diesen Formen der Abhängigkeit umzugehen, es sei denn in Gestalt einer Therapie.

Relative und absolute Abhängigkeit

Es besteht in der Tat ein gewaltiger Unterschied zwischen der relativen Abhängigkeit voneinander, die ich zur Kunst entwickeln kann und einer absoluten, die sich zur Sucht auswachsen wird. Absolute Abhängigkeit beruht auf absoluter Bedürftigkeit, wie sie wohl aus der frühkindlichen Erfahrung, nicht angenommen worden zu sein, entsteht. Analog dem Zusammenhang zwischen relativer

Abhängigkeit und Geborgenheit besteht eine Korrespondenz zwischen absoluter Abhängigkeit und Ungeborgenheit. Es liegt nach allem Gesagten auf der Hand, daß die Gefahr der totalen Abhängigkeit immer dort entsteht, wo jemand nicht in sich gegründet ist, wo er sich im anderen zu verlieren droht, seine Tore nicht mehr zu schließen vermag, wenn er sie einmal geöffnet hat. Hier entsteht die Gefahr der Invasion und Okkupation durch den eindringenden anderen, der Vereinnahmung durch den anderen und der Entwertung des eigenen. So wie es auch in größeren sozialpsychologischen Zusammenhängen passieren kann, wenn z.B. ein Staatswesen wie die DDR ihrer Identität nicht mehr sicher ist. Die Situation ist nicht ungefährlich, hier entsteht im individual- wie im sozialpsychologischen Bereich die Gefahr einer so übermächtigen Faszination vom anderen, einer so großen Sehnsucht nach Verschmelzung, daß die entstandene Abhängigkeit zum Ertrinken im anderen ausarten kann. Das Gegenüber wird eingesogen, "ich ziehe mir's hinein", wie die Drogen-User sagen. Meist aber hält es dieses Gegenüber nun seinerseits nicht aus, so einverleibt zu werden und entzieht sich fluchtartig. Je abhängiger jemand jedoch war, desto schlimmer ist die nun folgende Verlassenheit, sie wird oft als so abgrundtief erlebt, daß der Betroffene künftig gar keine Form von Abhängigkeit mehr riskiert, auch keine relative, auch keine therapeutische und damit auch keine Form von Beziehung mehr. Weil Beziehung unter solchen Bedingungen nicht glücken kann, tut sich hier ein ständiges Einfallstor für alle möglichen Ersatzbefriedigungen auf.

Kompensation durch Sucht - das kleinere Übel?

Dabei gibt es nach neuester Sicht vermutlich doch keine spezielle Suchtpersönlichkeit, obwohl Frühstörungen aufgrund der tiefen Selbstwertproblematik, die sie in sich tragen, dafür am anfälligsten erscheinen, sondern wir müssen damit rechnen, daß jeder Mensch die Fähigkeit süchtig zu werden, mitbringt, daß es sich um eine anthropologische Gegebenheit handelt, die sich in Anfälligkeiten für Arbeitssucht, über die Süchte nach Information, nach Mobilität und hoher Geschwindigkeit bis hin zu jeder echten Faszination auswirken kann, die ja, solange sie anhält, nicht von einer Sucht zu unterscheiden ist. Geht es bei der Sucht doch auch um einen elementaren Lebenshunger, existentielle Sehnsucht nach Sattwerden, nach Lebens- und Sinnerfüllung. Geht es doch auch darum, das Leben sich einzuverleiben, in sich hineinzuziehen in vollen und wilden Zügen. Es geht, wie auch Sloterdijk unterstrich, immer wieder um Sehnsucht nach intensivem Leben und Erleben, über die Nüchternheit und Ernüchterung unserer Alltagswelt hinaus, bis in ekstatische und spirituelle Erfahrungen hinein. Es kann

natürlich auch bis zu einer Entgrenzung im Nichts führen, in Drogenerfahrungen, die in trotziger, protestierender Selbstzerstörung der flach gewordenen Gesellschaft und Kultur entgegengesetzt werden, in der wir leben. Meist steht ein tiefes existentielles "Loch" hinter der Sucht, das nach Überkompensation verlangt.

Aber auch innerhalb dieser vitalen Lebensgier gibt es noch immerdifferenzierte Möglichkeiten, das existentielle Loch zu kompensieren, so daß u.U. durch eine solche relative Abhängigkeit, solange sie eine relative bleibt, schlimmere, umfassendere Bedürftigkeit aufgefangen werden kann.

Ein Beispiel: Ein israelischer Kollege, ein sehr schöpferischer Mensch und begnadeter Psychotherapeut, raucht wie ein Schlot, auch wahrend Therapien und Seminaren, weil er, wie er selber sagt, nur so die Spannungen und selbstdestruktiven Regungen kompensieren kann, die nach einer Kindheit im KZ in ihm zurückgeblieben sind.

Er selbst geht verständnisvoll mit dieser Sucht um. Wer will hier beckmesserisch urteilen? Ein solches Beispiel weist uns auch darauf hin, daß wir in "interdependence" mit Geschichte stehen, mit übergreifender Geschichte, in die wir hineingestellt sind. Das ist nicht alles nur individuelle Problematik. Er raucht und kann das schwere Trauma einer Kindheit in den KZs der NS-Zeit damit im Alltag irgendwie bewältigen.

Eine Sonderschullehrerin, die mit schwer gestörten, deutschen und türkischen Kindern in den Randvierteln einer Großstadt arbeitet, einfallsreich und kreativ, kommt doch nicht dagegen an, oft am Abend etwas mehr Alkohol zu trinken als ihr gut tut, um ihr seelisches Gleichgewicht nach den außerordentlichen Streßsituationen des Schulalltags wieder herzustellen. Sie kann es sich verzeihen. Wir stehen auch in "interdependence" mit sozialen Umfeldern, sozialen Krisensituationen, an denen wir als Individuen Teil haben. Eine 60 -jährige Frau beginnt nach ihrer Silberhochzeit mit einem notorischen Nichtraucher, erstmals mit dem Rauchen, das sich bald so steigert, daß es suchtartig wird. Es geht ihr aber um ihre Emanzipation dabei, sie möchte aufhören, die brave angepaßte Frau zu sein, sie findet es schick und ein bißchen verrucht, zu rauchen. Sie also braucht diese Abhängigkeit zur Unabhängigkeit.

Als letztes Beispiel für solche kompensierende, relative Abhängigkeit möchte ich noch einen Kollegen nennen, der sich, wie viele von uns, bei jeder Kränkung seines Selbstwertgefühls etwas Schönes zu kaufen pflegt, das ihn tröstet und in seinen eigenen Augen aufwertet. Einmal war eine Kränkung so groß, daß er sich ein Klavicord für 30.000 DM kaufen mußte seitdem hat er Schulden und fühlt sich durch diese erneut abhängig, aber immerhin hat er nun ein Klavicord.

Mit solchen Ersatzbefriedigungen ist es natürlich wie mit einer Plombe, sie heilt nicht unbedingt die Wurzelerkrankung des Zahns, aber sie stillt die Schmerzen und ermöglicht uns, samt unseren kleineren oder größeren Beschädigungen, zu leben. Auch dies ist eine Kunst des Überlebens, die wir nicht ganz verachten sollten.

Heimkehr zu den großen Bildern

Freilich kompensieren wir unsere tiefere Ungestilltheit oft mit Dingen, die nicht wirklich nähren können. Nach meiner Erfahrung und der der Jungschen Psychologie, gibt es eine Möglichkeit, die nährt, eine Möglichkeit, so mit dieser existentiellen Ungestilltheit umzugehen, daß wir dabei nicht noch tiefer von Menschen oder Dingen abhängig werden. Es ist die Möglichkeit, sich, mit oder ohne Therapie, wieder zu öffnen für die großen Erfahrungen und Bildgestalten aus dem Unbewußten oder Überbewußten, die gerade bei großer innerer Seenot aus dem Grund unserer Seele aufsteigen und sich ins Sichtbare verdichten können, sei es durch Träume oder durch Phantasien oder in eigenen Gestaltungen. Solch ein archetypisches Bild steht oft auch hinter unseren Komplexen. Wenn wir es wagen, tief in sie hineinzugehen, sie auszuphantasieren, können wir auf dem Grund dieses Komplexes solch ein Bild finden.

Letztlich handelt es sich dabei um eine spirituelle Möglichkeit, die auch uns heutigen Menschen mit unserer reflektierten Subjektivität offensteht, hier möchte ich Sloterdijk ergänzen. Auch hier stellt sich zunächst nur die einzige Frage, ob wir uns auf solch eine Erfahrung überhaupt einlassen können. Ob wir den Mut haben, uns die Abhängigkeit von etwas, das tiefer und größer ist als wir selbst, einzugestehen und zuzugestehen. Dann kann unsere Abhängigkeit vom Unbewußten zur Hingabe werden an etwas, das uns umgreift und birgt. Auch solchen Menschen, denen die persönliche Mutter, der persönliche Vater nicht gerecht zu werden vermochten, können an den überpersönlichen Bildgestalten und in zugehörigen Emotionen eine letzte Verankerung im Sein wiederfinden und erfahren. In den inneren Bildern vermögen wir uns schließlich so zu gründen, daß uns die Abhängigkeit von Menschen nicht länger zur absoluten, sondern nunmehr zur relativen gerät.

So erging es einer meiner Analysandinnen, schon in den 50ern stehend, Heilpädagogin von Beruf, die von einer kargen Mutterbeziehung geprägt war, einer Mutter, die sie in ihrer Eigenheit nie gesehen und der sie es nie hatte recht machen können, trotz heißer Bemühung. Als die älteste einer großen Geschwisterschar hatte sie immer schon viel Verantwortung und selbst ein Stück Mutterrolle übernommen, zugleich um die Anerkennung der Mutter durch Leistung zu gewinnen.

Von dieser Mutter, die sie nie hatte akzeptieren können, war sie gerade deshalb nie los gekommen. Das Bindungsverhalten, das aus Verlustangst kommt ist dasjenige, das am meisten von allen anderen abhängig macht. Noch mit 49 Jahren suchte sie es der Mutter recht zu machen, endlich die Anerkennung zu bekommen, die sie als Kind vermißt hatte. Da man sie zu Hause oft übergangen hatte, hatte sie im Zusammenhang mit 'übergangen werden' einen richtigen Komplex entwickelt, der sich so auswirkte, daß sie z.B. leicht aus der Fassung geriet, wenn sie bei einer terminlichen Abmachung etwas warten mußte oder wenn gar ein Termin verschoben werden mußte. Sie empfand dann ihre Abhängigkeit von dem Menschen, auf den sie sich eingestellt hatte und der sie deshalb so schmerzlich warten lassen konnte, gelegentlich als so stark, daß sie am liebsten die ganze Beziehung abgebrochen hätte. Eben dieser Frau gelang es jedoch im Laufe einer Therapie, in der sie natürlich auch die Bezogenheit ihrer Therapeutin erlebte, über das geträumte Bild eines Brunnens, in den sie hinab stieg, den Zugang zu ihrer eigenen emotionalen Tiefe wiederzufinden. Ausgerechnet ein Schwein, eine Muttersau, die ihr im Brunnen gespiegelt begegnete, wies ihr den Weg in die Tiefe des Brunnens: Zu einer Erdfrau, die in vielen Zügen der Frau Holle des Märchens glich. Das Auftauchen eines Schweines hatte sie zunächst sehr verwundert. Bis sie beim Besprechen des Schweinesymbols merkte, daß es alles das verkörperte, was ihrer eigenen Mutter gefehlt hatte, die Erdverbundenheit, die elementare Mütterlichkeit, die Fähigkeit, sich selber zu sättigen und auch andere zu nähren, die Fähigkeit, schließlich auch lustvoll in der Erde zu wühlen und sich zu suhlen. Bei näherem Zusehen erwies sich das Schwein symbolisch auch als Begleittier von großen Muttergottheiten wie der griechisch-kretischen Demeter. So gelang es schließlich dieser Frau, das Bild der überpersönlichen Erdmutter wiederzufinden, samt der entsprechenden Emotion des Vertrauens in die Basis ihres Lebens. Ein Bild, dem sie sich mehr und mehr annäherte, auch indem sie die Erdfrau ihres Traumes malte, sie in Ton modellierte - also in Erde, bis es zu einem wirklichen Dialog mit dieser Erdmutter kam, als sie diese immer mehr als solche erkannte. In ihrem Tagebuch und in aktiven Imaginationen begann sie einen Dialog mit ihr zu führen, in dem sie schließlich unter großer innerer Bewegung sie anzusprechen wagte. Sie sagte, das geschehe wie im Gebet, es war ein Tabubruch für die protestantisch erzogene Frau, aber innerlich notwendig. Auf ihren Urlaubsreisen auf Malta und Kreta entdeckte sie die Gestalten früher weiblicher Gottheiten, die der Erdfrau ihres Traumes in vielem glichen. Über diese Annäherung an die uralt gegenwärtige Erdmutter ihres Traumes, erfuhr sich die betreffende Frau selbst wieder als zur Erde gehörig, als Erdtochter. Sie erfuhr sich von der Erde, vom Leben selber als einer größeren Mutter als ihrer persönlichen, angenommen und begann sich nun vor allem in ihrer Körperlichkeit wieder zu entdecken, die ja vom Erdsymbol mitgemeint ist und die sie als Tochter einer negativen Mutter eher vernachlässigt hatte. Sie erlaubte sich z.B. endlich, die Seidenblusen zu tragen, die sie immer geliebt hatte und die

ihrem Hautgefühl schmeichelten. Sie begann liebevoll für sich selber zu kochen und öfters auch Freunde einzuladen. Dazu erwachte ihre Lust am Pflanzen und Ernten, kurzum, sie begann sich auf vielen Gebieten Gutes zu tun, sich selbst eine Mutter zu sein. Dies alles war für die spartanisch aufgewachsene Tochter aus reformiertem Pfarrhaus, die ganz am Theologen-Vater orientiert gewesen war, etwas sehr Neues. In der Folge kam es zu einer viel größeren Tragfähigkeit in ihren Beziehungen, nicht zuletzt in unserer therapeutischen Beziehung. Sie wurde toleranter im Ertragen kleinerer und größerer Abhängigkeit, wie sie eben jede Bezogenheit aufeinander mit sich bringt. Schließlich vermochte sie in ihrer neu gewonnenen Selbstgewißheit sogar ihre persönliche alte Mutter besser zu ertragen und deren Erwartungen nach Zuwendung, die ihr bisher immer nur Schuldgefühle gemacht hatten, mit etwas Humor und Sachlichkeit entweder zu erfüllen, oder auch nicht. Zu ihrer großen Verwunderung begann die Mutter, seit die Tochter auch einmal Nein zu sagen wagte, deren Grenzen viel mehr zu respektieren und sogar mehr nach ihr zu fragen, nach ihrer Zeit, nach ihren Interessen. Abhängigkeit stellt ja immer ein System der Interdependenz, der Gegenseitigkeit dar.

Abhängigkeit auf Gegenseitigkeit

Oder die Kunst, sich nicht tragisch zu nehmen

Was macht nun, nach allem, was wir schon überlegt haben, die Kunst abhängig zu sein, letztlich aus? Es ist wohl zunächst einmal die Fähigkeit, das Unvermeidliche einer gewissen Abhängigkeit nicht nur zu sehen, sondern auch zu bejahen. Es ist eine Kunst, die nicht zuletzt auch Humor voraussetzt. Humor als die Fähigkeit, einen Schritt zurückzutreten, sich selbst, samt seinem Anspruch auf Autonomie ein wenig zu relativieren. Sich und seine Bezugsperson in ihrer Begrenztheit zu sehen, uns alle in unserer Angewiesenheit aufeinander. Vielleicht ist es sogar gut, wenn wir uns alle zu kleineren und größeren Alltagssüchten bekennen müssen, es macht uns nämlich toleranter, für andere genießbarer. Humor kann gelegentlich sogar ein Jugendlicher in der Autonomiekrise haben. Da sagte neulich einer: "So abhängig, daß ich einen Beruf wählen müßte, den meine Eltern verabscheuen, bin ich nicht mehr. Aber so unabhängig, daß ich einen wählen könnte, der sie freut, bin ich noch lange nicht". Da ich nun mal kein isoliertes Einzelwesen bin, kann ich im Rahmen meiner Angewiesenheit auf andere, unter den Bedingungen der Abhängigkeit also, Spielregeln, Gestaltungsmöglichkeiten finden, kreativ und auch lustvoll zu leben. Ich muß dann nicht die Unabhängige spielen, die ebenso gut alleine leben, sich von Partner oder Partnerin jederzeit auch trennen könnte

oder am besten schon getrennt hatte. Ich kann und mag meinem Gegenüber immer wieder einmal versichern, daß ich nicht ohne es leben möchte. Ich möchte doch im Ernst nicht leben, ohne die wunderbaren Möglichkeiten einander zu ergänzen und zu verwöhnen, gerade da, wo man vielleicht alleine nicht ganz so weit käme. So ist z.B. einer von beiden ein Meister im Kochen, ein anderer ein Fachmann in allen Sparten körperlichen einander Wohltuens, vom Massieren bis hin zum Verbinden der Wunden. Der eine hat reichere, raschere Ideen bei der geistigen Arbeit, der andere sieht die Realisierungsmöglichkeiten bis hin zu den Formulierungskünsten. Es gibt wunderbare Möglichkeiten einander auf Gegenseitigkeit zu verwöhnen, ich möchte einen jeden von uns da nur an seine eigenen Erfahrungen erinnern. Es gibt auch die Kunst, in äußeren Dingen partiell abhängig zu sein, z.B. in gewissen materiellen Bereichen, auch dies auf Gegenseitigkeit. Wenn ich mir dabei meines Selbstwertes und meines Wertes für den anderen sicher bin, kann ich auch etwas annehmen von einem Gegenüber, ob es sich nun um ein größeres Geschenk handelt oder um ein Darlehen. Natürlich kommt es auf dieses Gegenüber an, ich muß darauf vertrauen können, daß es sich selbst um die rechte Kunst, abhängig zu sein, müht, daß es um die Kunst des Balancespiels weiß, dann kann ich auch etwas annehmen.

Teilhaben und *Teilgeben*

Die Kunst abhängig zu sein, hat überhaupt immer diese beiden Seiten, zum einen wie ich sie mir selbst gegenüber ausübe, und zum anderen wie ich sie mit meinem Gegenüber gestalte. Wo z.B. die Beziehung zwischen Eltern und erwachsenen Kindern hinreichend gut ist, werden Söhne und Töchter auch etwas annehmen können, eine Ausbildungsbeihilfe, eine Urlaubseinladung; sie wissen, daß sie den Eltern auch Freude damit machen, wenn sie sich etwas von ihnen schenken lassen. Wo aber von dem einen etwas gemacht wird, um den anderen dadurch abhängig zu halten, kann es nicht angenommen werden. Dann würden sich die Kinder eher die Zunge abbeißen, ehe sie von solchen Eltern etwas annähmen. Ich muß immer wieder daran denken, wie einer meiner Analysanden wutentbrannt und unter hohen Kosten, ganze Kisten von Eingemachtem an seine Mutter per Expreßgut wieder zurückschickte, weil sie es offensichtlich nur geschickt hatte, damit er käme, um sich zu bedanken. Es ist allerdings auch erlaubt, meine ich, erwachsene Kinder hinauszuwerfen, wenn sie mit zwei Koffern schmutziger Wäsche ankommen, weil sie genau von der Abhängigkeit der Eltern wissen und von deren Wunsch, sie wiederzusehen. Dabei läßt sich die lebenslange Relation zwischen Eltern und Kindern grundsätzlich nicht auflösen, auch bei aller Ablehnung der daraus entstehenden

Abhängigkeit nicht; die Familie ist ja überhaupt ein umfassendes Interdependenzsystem auch über Generationen hinweg.

Diese Abhängigkeit läßt sich nicht abschütteln, sie läßt sich nur gestalten, mehr oder weniger gekonnt. Gekonnt wäre es, erwachsene Kinder durchbesonderen Respekt vor ihren Schritten in die Selbständigkeit davon zu überzeugen, daß man sich noch für sie interessiert, daß eine echte Bezogenheit besteht. Gekonnt wäre es, die Entwicklung eines Partners dadurch zu begleiten, daß man seine Schritte in die größere Selbständigkeit achtet, vielleicht sogar offen bewundert, sie mit ihm teilt und dementsprechend auch eigene Schritte der Selbstverwirklichung wagt. Auf dieses Teilhaben und Teilgeben kommt es bei der Kunst, abhängig zu sein vor allem anderen an.

Eine verheiratete Frau, die ihren Mädchennamen wieder annehmen wollte, was ihr ja kraft Gesetzes zusteht, fragte sich, ob sie es ihrem ersten Impuls folgend, einfach tun sollte, ohne mit ihrem Mann Rücksprache zu nehmen. Einerseits hätte sie gerade das gerne getan, ihr Sinn für Bezogenheit sagte ihr jedoch, daß es angemessener sei, ihren Mann an diesem Vorhaben teilhaben zu lassen. So versetzte sie ihn überhaupt erst in die Lage, sein Verständnis für diesen Schritt zu zeigen, das in diesem Fall durchaus vorhanden war.

Dramatisch stellt sich die Frage des Teilgebens und Teilhabens dann, wenn in die Bezogenheit einer Zweierbeziehung ein Dritter, eine Dritte aufgenommen werden soll, in welchem Sinn auch immer, weil einer der beiden ursprünglichen Partner sich auf sie zu beziehen beginnt. Nichts wird von den Betroffenen im allgemeinen als härter und liebloser empfunden, als wenn sie nicht einbezogen werden, wenn ihnen nicht teilgegeben wird an der neuen emotionalen Erfahrung des Partners oder der Partnerin. Dies wird als Bruch der ursprünglichen Bezogenheit aufeinander empfunden, auch weil es dem betroffenen Partner keine Möglichkeit zur Teilhabe oder auch zur Abgrenzung bietet. Weder Abwehr noch Großzügigkeit konnten sich ausdrücken. So werden die Spielregeln einer Kunst der Abhängigkeit verletzt.

Andere betrachten es vielleicht gerade als einen Teil der Kunst abhängig zu sein, sich kleinere oder größere Freiheiten ohne Wissen des Partners herauszunehmen. Wo die Abhängigkeit zu rigide ist, mag dies als eine Notlösung verständlich sein. Eine Lösung ist es nicht, solange doch die Bezogenheit auf den ursprünglichen Partner noch besteht.

Die Kunst, verschiedener Meinung zu sein

Gehören Teilhaben und Teilgeben zu den wichtigsten Spielregeln einer Kunst abhängig zu sein, so ist die Fähigkeit, sich abzugrenzen, Nein zu sagen, mindestens die zweitwichtigste; sie ermöglicht, die Kunst der Abhängigkeit voneinander als relative zu erhalten, sie nie zu einer absoluten verkommen zu lassen. Sie enthält die Kunst zu streiten, verschiedener Meinung zu sein und sich in dieser Unterschiedlichkeit auszuhalten. Es ist ungekonnt, im Sinn unserer Kunst abhängig zu sein, wenn ein Mann, Facharzt und überzeugt von der Schulmedizin und ihrem naturwissenschaftlichen Hintergrund, seiner Frau es wie einen Treuebruch ankreidet, wenn sie, wie so mancher heute, von Esoterik angezogen, nun die Kräftefelder der Chakras studiert und sich mit den Möglichkeiten der Bachblütentherapie befaßt. Sie möchte ihn anfangs teilhaben lassen, er aber läßt sich, geradezu beleidigt von solcher Zumutung, nicht darauf ein. So grenzt auch sie sich ab und versucht nicht mehr, ihn an dem für sie so wichtigen Interesse teilnehmen zu lassen. Sie lebt den entsprechenden Bereich mit gleichgesinnten Freundinnen. Die Kunst, mit Meinungsunterschieden umzugehen, wird von einem anderen Paar angemessener geübt: Er Computerfachmann, sie psychologische Beraterin. Auch hier sind ihre esoterischen Interessen ein ständiger Konfliktpunkt. Doch er liest, ungeachtet seines weltanschaulichen Hintergrunds, immer wieder einmal ein Buch mit ihr gemeinsam, das sie besonders interessiert. Sie setzen sich zusammen auseinander, streiten. Er nimmt Anteile ihrer Perspektiven in sein Weltbild auf, sie bekommt Einblick in die Komplexität seines naturwissenschaftlichen Denkens, das sie sich zuvor auch allzu vereinfacht vorgestellt hat. Sie lernt, hinter seinen nur spröde mitgeteilten Erlebnissen einer Wüstenreise, die er angesichts der unendlichen Weiten machte, auch bei ihm spirituelle Erfahrungen zu erkennen; und er ahnt mit den seinen vergleichbare Erfahrungen ihrer Suche im esoterischen Bereich. Sie nehmen einander ernst in ihrer Unterschiedlichkeit. Sich abgrenzen zu können ist der legitime Schutz dagegen, vereinnahmt und ausgenutzt zu werden, wie es in der relativen Abhängigkeit einer jeden verbindlichen Beziehung passieren kann. Es wäre gekonnt, die Abgrenzung jeweils mit dem Prinzip der Gegenseitigkeit fest zu verbinden. Zu der Kunst abhängig zu sein, gehört es, auf Gegenseitigkeit, aufeinander bezogen und abgegrenzt zu sein.

Kunstgerecht abhängig sein

oder: Abhängigsein als Kunst

Nun geht es bei alledem, so will es unser Thema, nicht nur um ein Können, sondern gar um eine Kunst. Um eine Kunst zu sein aber bedarf es, wie bei jeder großen Kunst, einer Vision, einer unbedingten Liebe zu ihrem Gegenstand und schließlich eines unbedingten Willens zu realisieren, was Vision und Liebe zum Gegenstand uns auftragen.

Was wäre die Vision einer solchen Kunst? Es wäre die Kunst, Abhängigkeit als Relation zueinander, als Bezogenheit aufeinander zu sehen und zu praktizieren, als eine gestaltbare und genießbare Kunst der Gegenseitigkeit also, die sehr viel mehr darstellte als nur einen gelebten positiven Mutterkomplex mit Einsprengseln von Autonomie.

Die Liebe zum Gegenstand - was wäre das hier? Das wäre zunächst eine aufwertende, bejahende Sicht der Abhängigkeit, im Gegensatz zu der pauschalen Abwertung, wie sie in einem unbezogenen und realitätsfernen Kult der Unabhängigkeit zuweilen aufgekommen ist, wie sie auch in der klassischen Medizin im Blick auf alle Suchtgefährdung aufgekommen war. Hat die Abhängigkeit aber doch zu tun mit tiefen Beziehungswünschen, mit der Sehnsucht nach Verschmelzung, nach Geborgenheit. Diese Wünsche dürfen nicht pauschal als infantil bzw. als unerfüllbar heruntergespielt werden, im Sinne der zu hoch hängenden Trauben, die man von vornherein für sauer erklärt. Auf den Umgang mit ihnen kommt es vielmehr an, den mehr oder weniger gekonnten, bei dem nämlich das Erfüllbare und das Lebbare zuerst einmal vom Unerfüllbaren unterschieden und dann auch realisiert werden könnte. Das Unerfüllbare kann nicht realisiert werden, aber oft verzichten wir, fixiert auf das Unerfüllbare, auch darauf, uns das Erfüllbare klar zu machen und es dann auch zu leben.

Und hier hätte schließlich der unbedingte Wille zu realisieren, der jede gute Kunst ausmacht, seinen Ort. Er würde bedeuten, daß ich mich von nichts und niemandem abhalten ließe, die Kunst der Abhängigkeit als eine Kunst der Bezogenheit zu gestalten, daß ich meinen Partner, meine Partnerin dazu gewinne, unsere Abhängigkeit als gegenseitige Herausforderung zu leben. Als Herausforderung dazu, stark genug zu werden in der eigenen Identität, um auch in der relativen Abhängigkeit man selbst und frei zu bleiben, ja es immer mehr zu werden. Relative Abhängigkeit voneinander bringt also geradezu die Autonomiebewegung hervor.

Die beiden Begriffe Autonomie und Abhängigkeit sind polar, nicht einander ausschließend. In einer zu starken Abhängigkeit vom anderen spüre ich ja zugleich mein nicht stark genug gegründetes Selbstsein. Im Ärger darüber sehe ich mich

aufgefordert, mich tiefer in mir zu verwurzeln, mich in meiner Eigenart immer kraftvoller zu erfahren und zu profilieren, aber auch stark genug zu werden, mich immer wieder verläßlich auf den anderen zu beziehen, emotional, geistig, körperlich und auch in materiellen Dingen. Die Kunst, abhängig zu sein bedeutet allemal, aus der nun einmal bestehenden Abhängigkeit etwas Verbindliches, etwas Gestaltbares und etwas Genießbares zu machen. Warum z.B. eine Beziehung, von der man trotz aller Versuche nicht mehr loskommt, nicht eines Tages als verbindlich akzeptieren, als etwas Gestaltbares und etwas Genießbares? Früher hätte man angesichts solcher gewachsener Verbundenheit vielleicht gesagt, hier haben die Götter gesprochen, diese Beziehung ist schicksalhaft und hätte sie zu gestalten begonnen, immer neu, statt sie immer wieder in Frage zu stellen, wie wir es heute oft allzu lange tun. Die Kunst, abhängig zu sein setzt, wie wir sagten, ein Ja zu der Gebundenheit aneinander voraus. Erst dann kann sie sich entfalten, erst dann kann sie bewußt gestaltet werden. Nur um diesen Preis ist der Anteil an Geborgenheit zu haben, den es unter Menschen gibt, den es aber auch wirklich und zuverlässig gibt.

Letztlich bedarf es zu dieser Kunst des Mutes oder der Demut, sich von etwas abhängig zu wissen, das uns umgreift und das größer ist als wir. Nennen wir es die Macht des Lebens selbst, die uns geboren hat und dies eben nicht als vereinzelte, sondern in Interdependenz mit allen Lebewesen, die uns umgeben, im Kosmos der äußeren und der inneren Welt. Sich einzufügen in diese große Interdependenz, bescheiden, liebevoll, verantwortungsvoll. Das wäre sie, die Kunst abhängig zu sein, die ich meine.

Über Mißbrauch von Abhängigkeit in der Psychotherapie

Die Ethik der Psychotherapie

Christian Reimer

Gelegentlich höre ich in Supervisionen, wie die vorstellenden Kollegen über Patienten denken bzw. über sie reden, die bereits eine oder mehrere Psychotherapien hinter sich haben. Hier entsteht leicht ein Unmut über die Patienten, die immer noch nicht besser geworden seien. Nicht selten wird ihnen unterstellt, sie seien entweder Therapeutenkiller, voller Widerstände oder zu neurotisch, um sich helfen zu lassen. Aus solchen Einstellungen entwickelt sich häufig ein Klima, das einen neuen Therapieversuch sicherlich nicht begünstigt, sondern erschwert. Interessant ist auch, daß die Kollegen immer nur *die* Seite des Patienten sehen und ihm seine widerständliche Neurose vorhalten, daß aber kaum je gefragt wird, was denn dem Patienten in seiner psychotherapeutischen Vorbehandlung geschehen sei, ob er sich verstanden gefühlt habe, nach welcher Methode der Vorbehandler vorgegangen sei usw. Also unterstellt der derzeitig behandelnde seinem vorbehandelnden Kollegen, die Psychotherapie mit zureichender Kompetenz, also sozusagen "nach bestem Wissen und Gewissen" (Rauchfleisch 1982) durchgeführt zu haben und im Verlauf einer solchen Therapie letztlich an den Grenzen des Patienten gescheitert zu sein. Natürlich kann das so sein, aber diese offensichtlich bevorzugte Sicht der Dinge ist nicht nur einseitig, sondern auch naiv und ignorant.

Eine Kasuistik

Was einem Patienten in einer Psychotherapie geschehen kann, schildert das folgende drastische Beispiel:

Eine junge Psychologin - sie nennt sich in ihrem Buch Anonyma - möchte, nachdem sie ihr Diplom gemacht hat, Analytikerin werden. Sie beschreibt sich vor der Analyse als kontaktfreudig und gesellig. Sie geht viel aus und tanzt gern. Nach der Zulassung zur

psychoanalytischen Ausbildung sucht sie sich einen Lehranalytiker. Sie genießt die analytischen Flitterwochen, die Nähe und die Intimität in der Analyse und zum Analytiker. Zu dieser Zeit schreibt sie: "Er wurde für mich der wichtigste Mann auf der Welt; mir schien, als wäre er es, 'der Mann meines Lebens' ... Und so war die Analyse zum Mittelpunkt meines Lebens geworden" (Anonyma 1988, S. 32). Einen ersten Einbruch erlebt sie, als sie die Ehefrau des Analytikers sieht. Sie ist verletzt und irritiert, wünscht sich aber weiterhin Nähe und Liebe, auch Triangulierung, indem sie merkt, daß sie zu dritt sein möchte: Sie als Kind mit Vater und Mutter. Der reale Vater hatte die Familie verlassen, als sie ein Jahr alt war.

Eines Tages erzählt sie dem Ananlytiker einen Traum: Sie sieht seinen Wagen auf einem Parkplatz stehen, niemand ist drinnen. Durch die Scheiben sieht sie ein rosa Hemd von ihm, das ihr schon immer gut gefallen hat. Sie nimmt es an sich, vergräbt ihr Gesicht darin, atmet seinen Duft, läuft dann schnell fort, um mit ihrer Beute allein zu sein. Der Analytiker deutet: "Ich weiß, daß Sie sich schon eine ganze Weile mit meinem Penis beschäftigen". Sie erschrickt heftig, dreht sich um, sieht ihn an und schreibt: "Es knistert zwischen uns, eine nur schwer zu ertragende angenehme Spannung" (S. 35f.). Nach jener Stunde verabschieden sich beide eher kühl und distanzierter als sonst.

In der Folgezeit phantasiert sie über eine sexuelle Beziehung mit dem Analytiker, onaniert mit Phantasien an ihn und berichtet darüber in der Analyse. Er reagiert nicht. Sie beschäftigt sich mit seiner Familie, phantasiert, ein kleines Mädchen zu sein und reist in seinen Heimatort. Gleichzeitig zieht sie sich zunehmend von ihren Bekannten und Freunden zurück. Im dritten Analysejahr, dem "Jahr der Leidenschaft", wie sie es nennt, lauert sie auf Beweise seiner Liebe. Sie entwickelt den Plan, den Raum zwischen ihnen zu überwinden, kriecht schließlich in einer Analysestunde am Boden auf ihn zu, redet über das Näherkommen, berührt ihn kurz und geht auf die Couch zurück. Der Analytiker sagt nichts, sie hat Schuldgefühle, weil sie meint, den analytischen Pakt gebrochen zu haben.

Die darauffolgende Sitzung beginnt wie gewohnt. Sie legt sich hin und versucht, sich an die vergangene Stunde zu erinnern, wird aber durch eine Frage des Analytikers unterbrochen. Er sagt: "Glauben Sie nicht, daß ich dahin kommen kann, wo Sie sind?" Sie sagt: "Nein". Er sagt: "Sie glauben das nicht?" Wieder antwortet sie: "Nein". Seine Antwort: "Aber natürlich!" Er steht auf, geht zu ihr auf die Couch, nimmt sie in die Arme, es kommt zum Geschlechtsverkehr, sie ist zunächst erstarrt und erschreckt. Man trennt sich wie immer nach genau 45 Minuten und wie gewohnt: "Au revoir Madame, au revoir Monsieur". In der folgenden Stunde will sie den Analytiker umarmen, er weist sie aber zurück und schickt sie auf die Couch.

Den Rest dieses Dramas nur in ein paar Sätzen: Die sexuellen Beziehungen gehen weiter, zuerst auf der Couch, später in einem, so glaubt sie, speziell für sie eingerichteten Nebenzimmer. Sie ist zunächst glücklich und phantasiert ein Leben mit ihm. In langen Pausen zwischen den intimen Kontakten geht die Analyse weiter, sie ist darüber verunsichert und verwirrt. Die Beziehung zu ihrem langjährigen Freund außerhalb der

Analyse scheitert. Die Analyse gerät schließlich in eine Sackgasse: Sie erlebt zunehmend psychosomatische Dekompensationen, zum Teil mit subjektiv lebensbedrohlichem Charakter. Sie entwickelt einen Medikamentenabusus, trinkt auch vermehrt Alkohol, und so geht die Analyse langsam zu Ende. Sie wartet allerdings auch danach immer noch auf eine reale Beziehung zum Analytiker. Dementsprechend trifft sie ihn auch nach der Analyse immer wieder, wobei aber immer er Zeitpunkt und Ort der Treffen bestimmt. In diesen kurzen Episoden kommt es zu sexuellen Intimitäten, er bleibt jedoch unerreichbar für sie. Aus der ursprünglich lebensfrohen jungen Frau ist eine schwer ängstliche, von Panikattacken und Isolierung gequälte Frau geworden, die später in einer zweiten Therapie mühsam versucht, ihr Analyseschicksal aufzuarbeiten. Dabei hatte sie lange Zeit große Angst vor der Übertragung, und dementsprechend beherrschten Mißtrauen und Ängstlichkeit das Klima in dieser Zweittherapie.

Ich werde dem Mißbrauch von Abhängigkeit in der Psychotherapie als einem m. E. zentralen Problem der Ethik der Psychotherapie im folgenden weiter nachgehen. Diese Problematik werde ich am Beispiel des *sexuellen* und des *narzißtischen* Mißbrauchs verdeutlichen. In Lehrbüchern oder Vokabularien der Psychotherapie und Psychoanalyse findet man in den Sachverzeichnissen das Stichwort "Abhängigkeit" in der Regel nicht. Bestenfalls gibt es einen Verweis zu Sucht und Drogen. Dabei weiß jeder, der mit Patienten arbeitet, daß dem Abhängigkeitserleben, seinem Schicksal und seiner Bearbeitung eine zentrale Rolle im psychotherapeutischen Prozeß zukommt. Die Analyse dieser Thematik setzt allerdings neben dem, was der Patient einbringen und schaffen muß, voraus, daß der Therapeut seinerseits ein konstanter thematischer Begleiter sein kann, der Abhängigkeiten in Übertragung und Gegenübertragung aushalten und konstruktiv nutzen kann. Dies scheint nicht selbstverständlich zu sein, wie auch am Beispiel der Anonyma gezeigt werden konnte.

Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie

Ergebnisse verschiedener Studien

Über das Problem der erotischen Intimität zwischen Therapeuten und Patienten ist schon in der Frühzeit der Psychoanalyse und später sporadisch immer wieder berichtet worden. Freud hat z. B. die Verstrickung seines Kollegen Breuer bei der Behandlung von dessen Patientin Anna O. miterlebt, später die Übertragungsliebe beschrieben und die Abstinenzregel formuliert, deren Kernsatz lautet: "Die Kur muß in der Abstinenz durchgeführt werden" (Freud 1915a, S. 313).

Die ersten Studien, die versuchen, das Problem *quantitativ* zu erfassen, datieren vom Ende der 60erJahre (Tabelle 1). Aufgeführt sind 6 größere Studien zur Prävalenz sexueller Beziehungen zwischen Behandlern und Patienten. Von den aufgeführten Autoren wurden mit einer Ausnahme psychologische und psychiatrische Behandler befragt. Alle Studien wurden in den USA durchgeführt, zum Teil begrenzt auf einzelne Staaten, zum Teil bezogen auf das gesamte Gebiet der USA. Die Stichproben wurden anonym mit Fragebögen erhoben, die immer auf das Verhalten der Befragten abzielten.

Tabelle 1. Ärzte/Psychologen, die Sexualbeziehungen mit eigenen Patienten angeben (in %)

		Männer	Frauen
Forer B (1968)	Psychologen	13,7%	0%
Kardener S et al. (1973)	Ärzte/Psychiater	12,8% (10%)	-
Holroyd JC, Brodsky AM (1977)	Psychologen	12,1%	2,6%
Pope K et al. (1979)	Psychologen	12,0%	3,0%
Pope K et al. (1986)	Psychologen	9,4%	2,5%
Gartrell N et al. (1986)	Psychiater	7,1%	3,1%

Die wesentliche Information in dieser Tabelle ist 1), daß männliche Therapeuten sehr viel häufiger als weibliche sexuelle Beziehungen mit eigenen Patienten angegeben haben, und 2), daß die Häufigkeit in diesen Untersuchungen bei etwa 10% liegt. Wenn bereits 10% der Therapeuten also sexuelle Beziehungen zu Patientinnen zugegeben haben, dann könnte man sich natürlich über die Dunkelziffer Gedanken machen.

In Tabelle 2 ist dargestellt, wieviele Klagen von Patienten gegenüber ihren behandelnden Psychologen in 3 verschiedenen Jahren bei den State-Licensing-Boards (das sind die Zulassungsbehörden für Psychologen) eingegangen waren. Es handelt sich um 3 verschiedene Studien, die unterschiedlich viele Antworten der State-Licensing-Boards erfaßten. Die Zahlen zeigen insgesamt eine seit Beginn der 80erJahre zunehmende Tendenz von Patientenklagen wegen sexueller Kontakte.

Tabelle 2. Klagen wegen Sexualkontakt gegen Psychologen beim "State Licensing Board" (USA und Kanada)

Sell JM et al. (1986)	1982	17
	1984	58
Gottlieb M et al. (1988)	1985	82

Die 1986 von Gartrell et al. (Tabelle 3) publizierte Studie mit dem Titel "Sexueller Kontakt zwischen Psychiatern und Patienten: Resultate einer nationalen Umfrage" ist eine Prävalenzstudie. Mit Prävalenz ist gemeint, daß die Häufigkeit von sexuellen Kontakten mit Patienten im bisherigen Berufsleben erfaßt wurde. Aus der American Medical Association - Liste der Psychiater wurde jeder 5. gezogen und mit Fragebogen anonym befragt. Von den Autoren wurde sexueller Kontakt als ein Kontakt definiert, der darauf angelegt war, im Patienten, Therapeuten oder beiden sexuelle Wünsche zu wecken und/oder zu befriedigen. Von 5574 angeschriebenen Psychiatern antworteten lediglich 1442. Auswertbar waren 1316 Fragebögen, also 23,6%. Über die geringe Rücklaufquote ließe sich natürlich wieder spekulieren.

Tabelle 3. Die Gartrell-Studie (1986)

5574	Psychiater/innen (USA)
1442	Antworten = 26%
1316	Antworten verwertbar = 23,6%
Davon:	1058 männlich
	258 weiblich

Von den 1316 Antworten haben 84 Psychiater sexuelle Kontakte mit Patienten angegeben; das entspricht 6,4% (Tabelle 4). Die männlichen Psychiater überwogen dabei bei weitem. Der Einfachheit halber wird im folgenden daher von Therapeuten und Patientinnen die Rede sein, obwohl es streng genommen nicht ganz zutrifft.

Tabelle 4. Resultate

- Sexualkontakt zugegeben:	84 = 6,4%
Davon:	
- männliche Psychiater:	75 = 7,1%
- weibliche Psychiater:	8 = 3,1%
(1 ohne Angabe des Geschlechts)	

Insgesamt fanden die Autoren (Tabelle 5), daß die Psychiater, die sexuelle Kontakte zugegeben hatten, eher durch männliches Geschlecht, durch umfangreiche Klinikausbildung und durch abgeschlossene Selbsterfahrung gekennzeichnet waren. In allen übrigen demographischen Variablen ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Tabelle 5. Demographische Unterschiede

"Offenders" - "Non-Offenders"	
- eher männlich	($p < 0{,}2$)
- eher abgeschlossene Kliniktätigkeit	($p < 0{,}25$)
- eher mit persönlicher Therapieerfahrung	($p < 0{,}001$)

In Tabelle 6 sind Zahlen zur Wiederholungstendenz des sexuellen Mißbrauchs von Patienten dargestellt. Zwei Drittel der fehlbaren Psychiater berichteten über eine einmalige entsprechende Erfahrung. Diejenigen, die sexuelle Kontakte mit mehreren Patienten hatten, waren ausschließlich männlichen Geschlechts. Insgesamt war es noch einmal ein Drittel.

Tabelle 6. Sexueller Mißbrauch - einmalig versus wiederholt

84 Psychiater / innen	- 144 Patienten
66%	- 1 Patient / in
20%	- 2 Patientinnen
13%	- 3 > Patientinnen

1983 publizierten Bouhoutsos et al. (Tabelle 7) die Ergebnisse einer Befragung zum Thema "Sexuelle Intimität zwischen Psychotherapeuten und Patienten". Diese Studie unterscheidet sich von der Gartrell-Studie dadurch, daß Psychologen bzw. Psychotherapeuten befragt wurden, die Patienten behandelten, die in einer früheren Therapie Sexualkontakte mit ihren Therapeuten gehabt hatten. Die Rücklaufquote war mit 16% der angeschriebenen Psychologen sehr mager. In der Tabelle 7 ist die entscheidende Information, daß von den 704 antwortenden psychologischen Psychotherapeuten 318 insgesamt 559 Patienten behandelt haben, die über sexuelle Intimitäten mit früheren Therapeuten berichteten.

Tabelle 7. Die Bouhoutsos - Studie (1983)

Frage: Behandeln/ten Sie Patienten, die mit früheren Psychotherapeuten sexuell intim waren?	
- 4385	Psychologen befragt
- 704	Antworten = 16%
Bejaht:	
- 318	Psychologen (559 Patienten/innen)

Aus diesen 559 Fällen ließen sich folgende Charakteristika ableiten (Tabelle 8): Gut 95% der früheren Therapeuten waren männlich, und die meisten sexuellen Kontakte waren heterosexuell. Die Altersverteilung zeigt, daß das Durchschnittsalter der früheren Therapeuten 42 Jahre betrug, das der Patientinnen bei der damaligen sexuellen Intimität etwa 30 Jahre. Schaut man die Zahlen im einzelnen an, so zeigt sich, daß 50% der Patientinnen unter 30 Jahre alt waren und 97% der Psychotherapeuten über 30, mit dem größten Anteil im Alter von 40-50 Jahren.

Tabelle 8. Typische Charakteristika

Geschlechtsverteilung		
Psychotherapeut	Patient	Patientinnen
	weiblich	männlich
Männlich	92%	3,5%
Weiblich	1,5%	2,5%
Altersverteilung		
Alter in Jahren	Psychotherapeuten/ - therapeutinnen	Patienten/innen
< 30	3%	50%
30-39	29%	37%
40-49	48%	11%
50-59	17%	2%
> 60	3%	0%
Durchschnitt	42 Jahre	30 Jahre

Die meisten dieser früheren Therapeuten (Tabelle 9) waren in eigener Privatpraxis tätig. Zu sexuellen Intimitäten war es nach den Angaben der Patienten, sofern sich diese auf eine Räumlichkeit bezogen, überwiegend in der Praxis bzw. im Behandlungszimmer gekommen.

Tabelle 9. Professioneller Status und "Tatort"

Privat-Praxis	79%
Klinik	14%
anderes	7%
Sprechzimmer	39%
zuhause Therapeut	5%
zuhause Patient/in	5%
andere	11%
unbekannt	43%

Von wem die Initiative zur Intimität ausgegangen war (Tabelle 10), wurde zum Teil nicht angegeben. Da, wo Angaben von den Psychologen gemacht werden konnten, bezogen sie sich überwiegend auf Initiativen des Psychotherapeuten. Berichtet wurden von den Therapeuten zu 2/3 Genitalkontakte, überwiegend Geschlechtsverkehr.

Tabelle 10. Initiator/in und Sexuelle Aktivität

Psychotherapeut	42%
Patient/in	6%
unklar	52%
Geschlechtsverkehr	58%
Oral-Genital-Kontakt	8%
Küssen, Streicheln, etc.	17%
andere	14%
unbekannt	21%

77% der sexuellen Kontakte begannen im 1. Jahr der Therapie, 30% davon innerhalb der ersten 3 Monate (Tabelle 11). Diese Zahlen können darauf hindeuten, daß nicht die langen intensiven Therapien bezüglich der Aufnahme sexueller Intimität gefährdet sind. Was passierte damals mit der weiteren Therapie? 34% brachen sofort ab, weitere 50% innerhalb der folgenden Monate.

Tabelle 11. Sexualkontakt und Therapie

Dauer der Therapie bei Beginn des Sex	
< 3 Monate	30%
3-6 Monate	25%
6-12 Monate	22%
> 12 Monate	23%
Therapie-Schicksal nach Sex	
Abbruch:	
Sofort	34%
Nach 1-3 Monaten	24%
Nach 4-12 Monaten	26%
Nach > 12 Monaten	16%

Im folgenden soll über einige Arbeiten zu *qualitativen* Aspekten erotischer Intimität in Psychotherapien berichtet werden.

Pope und Bouhoutsos haben 1986 zehn typische Szenarien der sexuellen Ausbeutung durch Therapeuten vorgestellt, die in Tabelle 12 aufgeführt sind.

Tabelle 12. Typische Szenarien der sexuellen Ausbeutung (Pope u. Bouhoutsos 1986)

1.	"Verkehrte Welt"
2.	"Sextherapie"
3.	"Als-0b ..."
4.	"Retter"
5.	"Drogen"
6.	"Vergewaltigung"
7.	"wahre Liebe"
8.	"Ausrutscher"
9.	"Time-Out"
10.	"Halte mich"

Mit *"Verkehrte Welt"* meinen die Autoren, daß sich die Therapeut-Patienten-Rolle insofern umkehrt, als die Wünsche und Bedürfnisse des *Therapeuten* die Behandlungsszene dominieren.

Das mit *"Sextherapie"* bezeichnete Szenario meint, daß der Therapeut sexuelle Intimität als gültige Behandlung für sexuelle und andere Probleme anbietet.

Das folgende Szenario haben die Autoren *"Als - ob"* genannt. Gemeint ist, daß der Therapeut die positive Übertragung der Patienten behandelt, als ob sie nicht Resultat der therapeutischen Situation wäre, sondern aus einer realen Beziehung stammte.

Der *"Retter"* - Therapeut stellt eine übertriebene Abhängigkeit des Patienten von ihm her und beutet ihn in dieser Abhängigkeit aus.

Mit *"Drogen"* als Szenario der sexuellen Ausbeutung meinen die Autoren, daß ein solcher Therapeut Drogen einsetzt, um den Patienten leichter verführen zu können. Das dann folgende Szenario "Vergewaltigung" stellt vermutlich eine Ausnahmesituation dar. Hier würde der Therapeut körperliche oder verbale Gewalt einsetzen, um den Patienten zu verführen.

Die *"Wahre Liebe"* dürfte etwas häufiger sein. Hier benutzt der Therapeut sich selbst gegenüber Rationalisierungen (z.B.: Es handelt sich nicht um Übertragung, sondern ich liebe die Patientin wirklich!), um die Bedeutung seiner beruflichen Rolle und Verantwortung herunterzuspielen.

Auch das folgende Szenario *"Ausrutscher"* dürfte nicht so selten sein. Die Verführung wird vom Therapeuten vor sich und vielleicht auch vor dem Patienten als einmaliger Ausrutscher abgetan und rationalisiert, etwa nach dem Motto: Schließlich bin ich doch auch nur ein Mensch, oder: Nichts Menschliches ist mir fremd.

Mit *"Time-out"* ist gemeint, daß der Therapeut glaubt, daß die Abstinenzverpflichtung nach der Therapiestunde bzw. nach Abschluß der Therapie nicht mehr gültig sei.

Im Szenario *"Halte mich"* nutzt der Therapeut die Sehnsucht seines Patienten nach Gehaltenwerden, Sicherheit, Wärme und Geborgenheit erotisch aus.

Diese vorgestellten Szenarien sind in einer so reinen Form meist nicht zu finden, sondern kombinieren sich miteinander, aber auch mit anderen wesentlichen psychodynamischen Faktoren in Therapien. Naheliegend ist z. B. die Kombination von "Wahre Liebe" und "Ausrutscher", als wenn der Therapeut vor sich selbst rationalisierend und rechtfertigend sagen würde: "Ich habe mich halt verliebt!". "Halte mich" und "Retter" ist kombiniert ebenfalls gut vorstellbar.

Gemeinsam ist diesen Szenarien ein rationalisierender und/oder verleugnender Umgang des Therapeuten mit bestimmten Aspekten von Übertragung und Abhängigkeit. Dazu 2 Beispiele, nämlich Aussagen von Psychotherapeuten, die mit ihren Patientinnen sexuelle Beziehungen hatten (zit. n. Herman et al. 1987):

- Ein 55jähriger, geschiedener Psychotherapeut, seit 24 Jahren in eigener Praxis, gab sexuellen Kontakt mit 3 Patientinnen an. Zur letzten Beziehung sagte er, daß es sich um eine liebende Beziehung zu einem gesunden menschlichen Wesen gehandelt habe; diese Beziehung habe in keiner Weise die "übliche schmutzige Färbung" gehabt.
- Ein 49jähriger Psychotherapeut, verheiratet, in eigener Praxis tätig seit 20 Jahren, gab 2 sexuelle Beziehungen zu Patientinnen an und meinte, daß eine große Zahl von Patienten sehr wohl in der Lage sei, ihre Angelegenheiten zu managen und daher nicht als Kinder behandelt werden sollte, die Schutz benötigten.

Kritisch muß angemerkt werden, daß solchen Typisierungen bzw. Szenarien eine moralisierende Qualität anhaftet, die im Therapeuten den Täter sieht, und zwar im Sinne des bewußt und aus freiem Willen handelnden Verführers. Es ist aber gut vorstellbar, daß auch unbewußte neurotische Mechanismen des Therapeuten eine Mißbrauchssituation begünstigen können.

Butler und Zelen (1977) interviewten 20 Psychiater und Psychologen, die mit ihren Patientinnen sexuell intim gewesen waren. Das mittlere Alter betrug 51 Jahre, die Praxiserfahrung lag zwischen 5-30 Jahren. Die Kollegen waren in psychodynamisch-psychoanalytischen oder humanistisch-psychologischen Verfahren ausgebildet. Über die Hälfte berichteten über eine erotische Anziehung, wenn die Patientinnen begannen, sich in der Therapie zu öffnen und über ihre Gefühle zu sprechen, wenn sie also über die Öffnung mehr Nähe zum Therapeuten herstellten. 80% konnten sich nicht daran erinnern, welche Ereignisse direkt zum sexuellen Kontakt geführt hatten. Fast alle Therapeuten berichteten, daß sie sich in der Zeit, in der die sexuelle Intimität passiert war, besonders verletzlich, bedürftig und/oder einsam gefühlt hatten. Diese Bedürftigkeit stand im Zusammenhang mit unbefrie-

digenden Ehen bzw. kurz zurückliegenden Trennungen oder Scheidungen. 75% der Therapeuten beschrieben als einen wichtigen Aspekt der Beziehungsdynamik ihre väterliche und/oder dominierende Rolle gegenüber den Patientinnen. Sie selbst hätten Stärke, Unterstützung und Fürsorglichkeit eingebracht, während sich die Patientinnen passiv und unterwürfig verhalten hätten.

Erstaunlich ist auf den ersten Blick, daß 55% dieser Therapeuten gleichzeitig über sich sagen, daß sie sich vor Intimität fürchten. Fast alle von ihnen gaben wegen der Intimität zu den Patientinnen Schuldgefühle an. Diese kleine Studie ist natürlich nicht repräsentativ, inhaltlich aber interessant: Die befragten Therapeuten waren zur Zeit der sexuellen Intimität mit ihren Patientinnen in einer persönlichen Lebenskrise, in ihrer Erinnerung bezüglich dieser speziellen Interaktion dominiert Abwehr, z. B. durch Vergessen oder Rationalisieren, und sie haben Schuldgefühle. Besonders interessant erscheint die Sexualisierung der Therapeuten zu einem Zeitpunkt in der Therapie, als ihre Patientinnen sich zu öffnen begannen und die Beziehung intensiver wurde.

Was wird aus den Patientinnen?

Schoener et al. haben 1984 typische emotionale Reaktionen von Patientinnen auf sexuellen Kontakt mit ihren Therapeuten beschrieben (Tabelle 13) und sich dabei auf 250 Beratungen entsprechender Patientinnen gestützt. In der Tabelle sind 7 Reaktionen beschrieben, die bei diesen Beratungen differenziert werden konnten.

Tabelle 13. Typische emotionale Reaktionen von Patienten auf sexuellen Kontakt mit Therapeuten (Schoener et al. 1984, gestützt auf 250 Beratungen)

1.	Schuld und Scham
2.	Trauer
3.	Wut
4.	Depression und Selbstentwertung
5.	Ambivalenz und Konfusion
6.	Furcht
7.	Mißtrauen

Schuld und Scham. Die meisten Patientinnen gerieten in eine Situation, die für Opfer typisch ist: Sie klagten sich selbst an. Schuldgefühle tauchten auf, und zwar selbst schuld an der Verführung zu sein und damit Leben und Karriere des Therapeuten ruiniert zu haben.

Trauerreaktionen über den Verlust einer bedeutsamen Liebesbeziehung waren relativ häufig. Die Trauer war um so stärker, je länger die intime Beziehung gedauert hatte.

Wut und Ärger konnten sich auf verschiedene Punkte beziehen: Die Verletzung des Vertrauens, Ausbeutung, um eine dringend nötige Therapie betrogen worden zu sein, schlechterer Zustand am Ende der Therapie gegenüber dem Beginn. Auch Wut darüber, daß der Therapeut die Regeln aufstellt und die Patientinnen ihm darüber ausgeliefert waren.

Wegen *Depression und Verlust an Selbstwertgefühl* kommen Patienten ja häufig in Psychotherapie. Die sexuelle Ausbeutung durch den Therapeuten verstärkt diese Probleme. Auch noch nach Abschluß der Therapie entwerten sich manche Patientinnen dadurch, daß sie nicht fähig gewesen seien, die Liebe des Therapeuten anzunehmen. Umgekehrt machten sich manche Selbstvorwürfe wegen ihrer Vertrauensseligkeit und der daraus resultierenden Hingabe. Patienten, die eine Therapie aufsuchen, sind sich in der Regel über ihre wahren Gefühle nicht ganz im klaren. Die sexuelle Beziehung mit dem Therapeuten kann diese *Konfusion* verstärken, ebenso auch *ambivalente Einstellungen* und Gefühle. Eine Patientin kann sich z.B. fragen: Nutzt er mich nur aus, oder bin ich wirklich so einzigartig für ihn?

Ähnlich wie bei Opfern von Vergewaltigung oder Inzest fürchten viele Patientinnen nach sexuellem Kontakt mit ihrem Therapeuten Ablehnung durch ihre Partner, ihre Familie und ihr gesamtes Umfeld, weil sie in eine illegitime sexuelle Beziehung involviert waren. Viele haben Angst, ihren Ärger auszudrücken, da sie erwarten müssen, als "kastrierend", rachsüchtig oder unglaubwürdig bezeichnet zu werden. Nicht wenige Patientinnen fürchten zudem, die Karriere ihres Therapeuten zu ruinieren oder haben Angst vor seiner Reaktion auf ihre Meldung des Mißbrauchs. Dahinter kann der unbewußte Wunsch stehen, sich ein Stück des Bildes des idealisierten Therapeuten aufrecht zu erhalten. An der Haltung von Sabina Spielrein in der Affäre mit C.G. Jung läßt sich dieser Aspekt zeigen, worauf Carotenuto hingewiesen hat:

> "Ihr feines Gespür sagte ihr, daß sie das wunderbare Bild in sich nicht zerstören darf, den warmen Kern dessen, der einmal der geliebte Analytiker gewesen war" (1986, S. 305).

Viele Patientinnen sehen nach Sexualkontakt mit ihrem Therapeuten ihr *Mißtrauen gegenüber Männern* bestätigt. Das Mißtrauen kann auf Freunde oder Familie ausgedehnt werden. Es ist wichtig, dieses Mißtrauen zu erkennen, zu identifizieren und anzunehmen sowie dessen Grenzen abzustecken und es als Leistung des Selbstschutzes zu kennzeichnen. In der Bouhoutsos et al. - Studie wurden auch die Auswirkungen sexueller Intimität in Therapien auf die Patienten untersucht.

Bei allen methodischen Mängeln dieser Untersuchung lassen sich folgende Ergebnisse zusammenfassen: Ein negativer Effekt i.S. erhöhter Depressivität, Motivationsverlust, beeinträchtigter sozialer Anpassung, verschiedener emotionaler Störungen, suizidalem Erleben oder Verhalten und erhöhter Drogen- oder Alkoholgebrauch ließ sich bei gut 1/3 der Patienten feststellen. Negative Folgen in irgendeiner Form fanden Bouhoutsos et al. bei über 90%.

Ein direkterer Zugang zum Erleben und den Auswirkungen sexueller Intimität in Psychotherapien wird von Sonne et al. (1985) beschrieben. Sie stellen Erfahrungen aus einer Gruppenpsychotherapie mit 8 Frauen vor, die mit einem früheren Psychotherapeuten sexuelle Intimität erlebt hatten. Die Autoren schildern ihre Erfahrungen unter 3 Gesichtspunkten: Vertrauen versus Mißtrauen, Selbstkonzept und Aggressivität. Mißtrauen manifestierte sich in allgemeiner Weise, nämlich als generelles Mißtrauen gegen die Therapie, gegenüber den Therapeuten und anderen Gruppenmitgliedern. Die Patientinnen erlebten sich als sehr selbstunsicher und abhängig, äußerten aber gleichzeitig den Wunsch, etwas Besonderes sein zu wollen. Dieser Wunsch traf auf die idealisierenden Tendenzen der früheren Therapeuten, die den Patientinnen vermittelt hatten, daß sie die gescheitesten, intelligentesten, einsichtsvollsten oder attraktivsten Frauen seien, die sie bisher in Therapie gehabt hätten. Offenbar ist es in diesem Prozeß einer starken gegenseitigen, vielleicht auch persistierenden Idealisierung zu den Intimitäten gekommen.

Bezüglich der Aggressivität schilderten die Autoren eine weitgehende Hemmung: Die Frauen drückten Aggressionen eher nonverbal oder durch passives Verhalten aus. Sie hatten auch Phantasien über die enorme Gefährlichkeit ihrer Aggressionen für den Fall, daß sie sie offen äußern würden. Dazu passen Phantasien auch anderer in Therapien sexuell mißbrauchter Frauen, daß sie ihren Therapeuten ruinieren oder zerstören würden, wenn sie ihre Empörung über sein Verhalten veröffentlicht hätten. Die Autoren weisen darauf hin, daß die in ihrer speziellen Gruppe beobachteten Persönlichkeitszüge, wie z.B. Mißtrauen, Selbstunsicherheit und Aggressionshemmung, in ähnlicher Weise in Gruppen mit Frauen beobachtet worden sind, die anderen Mißbrauchssituationen ausgesetzt waren, z.B. Inzest oder Vergewaltigung.

Am Beispiel des sexuellen Mißbrauchs als einer Form des Mißbrauchs von Abhängigkeit in Psychotherapien läßt sich in drastischer Weise zeigen, zu welchen Verletzungen ethischer Prinzipien es im Bereich der "sprechenden" Medizin kommen kann. Am Beispiel der Anonyma war zu sehen, daß das Prinzip des "primum non nocere" mehrfach durchbrochen wurde: Der Patientin wurde Schaden zugefügt, ihre Autonomie wurde nicht gefördert sondern beschädigt, und auch die Beziehung zu Dritten außerhalb der Analyse wurde schwer gestört.

Narzißtischer Mißbrauch in der Psychotherapie

Zu diesen sozusagen lauten, lärmenden Verstößen gegen verbindliche Richtlinien therapeutischen Handelns gesellen sich "leisere", unmerklichere Verstöße, die sicher häufiger sind als die ersteren und mindestens genau den gleichen Schaden anrichten können. Damit komme ich zur Problematik des *narzißtischen Mißbrauchs* in Psychotherapien. Ich versuche zunächst eine Definition: Unter narzißtischem Mißbrauch in der Psychotherapie würde ich alle Interaktionen und Beziehungskonstellationen zwischen Therapeut und Patient verstehen, die primär dem Wunsch des Therapeuten nach narzißtischer Gratifikation dienen, und die die Entfaltung des "wahren Selbst" des Patienten verhindern oder zumindest erschweren.

Ein kurzes Beispiel dazu: Nicht selten kann die Nichtbeachtung der eigenen Grenzen des Therapeuten zu einem fragwürdigen Vorgehen im Umgang mit Patienten führen. So unternahm eine 36jährige Patientin mit einer schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik einen Suizidversuch und wurde im Anschluß daran von mir konsiliarisch gesehen. Der behandelnde Psychotherapeut, mit dem ich dann telefonierte, war offensichtlich zutiefst davon überzeugt, daß er die Symptomatik seiner Patientin ausschließlich mit seinen Mitteln - in diesem Fall einer tiefenpsychologisch fundierten Einzelpsychotherapie würde bessern können. Als ich vorsichtig anfragte, ob nicht gegebenenfalls eine vorübergehende Mitbehandlung durch einen Psychiater und die Applikation von Antidepressiva indiziert seien, wies er dies empört zurück und meinte, ich als Analytiker müsse doch wissen, zu welchem Agieren neurotisch-depressive Patienten in der Lage seien. Er sehe die Gefahr, daß ich hier mitagierte. Ich habe das anders gesehen und die Einleitung einer antidepressiven Therapie veranlaßt. Auch Heigl-Evers und Heigl (1989) haben darauf hingewiesen, daß Psychotherapeuten aus einer Neigung zur Selbstüberschätzung gravierende Fehler machen können.

Meine eigenen Erfahrungen und diejenigen meiner Kollegen aus Zweittherapien mit Patienten und Therapeuten haben gezeigt, daß der narzißtische Mißbrauch von Therapeuten ein höchst brisantes Problem ist. In allererster Linie habe ich erfahren, daß die Herstellung und Aufrechterhaltung von Ruhe und Frieden in solchen Therapien ein wichtiges Prinzip zu sein scheint. Man lächelt sich bei der Begrüßung an und tut es auch beim Abschied. Man ist halt nett miteinander, mag und schätzt sich. Was vor der Tür bleibt, sind Angriffe, Wut und ähnliches. Die Patienten bleiben auf ihrem Haß oft in der gleichen Weise sitzen, wie sie es schon aus ihrer Kindheit kennen. Anstatt also das emanzipatorische Potential der therapeutischen Beziehung auch für die Integration von Auseinandersetzungen zu nutzen, rekonstruiert sich ein falsches Selbst zum zweiten Mal.

Ein weiteres Kennzeichen einer narzißtischen Kollusion zum Schaden des Patienten kann sein, daß Therapien fast unendlich laufen und man sich nicht trennen kann. Separation ist also unerwünscht. Eine mir bekannte Kollegin mußte mehrjährige, zum Teil lebensgefährliche Anstrengungen unternehmen, um sich nach 14 Jahren Analyse endlich lösen zu können. Die ledige, kinderlose Analytikerin bombardierte sie auch nach dem Weggang etwa noch ein Jahr lang mit Briefen, die mir bekannt sind und in denen sie sie ultimativ aufforderte, in die Analyse zurückzukommen, da noch Wesentliches unbearbeitet sei.

In Supervisionen werde ich auf die narzißtischen Kollusionen immer dann aufmerksam, wenn die vorgestellte Therapie sozusagen wie geschmiert läuft. Der die Therapie führende Kollege berichtet eine gute, fast problemlose Beziehung und präsentiert die Entwicklung in der Therapie als für beide Teile befriedigend und stetig fortschreitend. Fallstricke, tiefe Konflikte, Mißverständnisse, Abgrenzungen scheint es nicht zu geben. Sollten doch einmal sogenannte negative Gefühle auftreten, einigt man sich rasch, und die Wogen sind wieder geglättet. Die undistanzierte Art und Weise, in der manche Therapeuten ihre Empathie anbieten, fördert symbiotische Abhängigkeitswünsche von Patienten. So wird, wie Haug (1990) es ausgedrückt hat, "gegenseitiges Verstehen zum süßen Gift der symbiotischen Sprachlosigkeit".

Erklärungsmöglichkeiten

Ich möchte für diese gravierenden ethischen Probleme in der Psychotherapie einige Erklärungsmöglichkeiten anbieten. Dabei werde ich vor allem bestimmte Problembereiche von fehlbaren Psychotherapeuten ansprechen, die mit einem gestörten Erleben von Nähe bzw. Distanz und Macht bzw. Ohnmacht zu tun haben.

Der Nähe-Angst-Aspekt

In der Studie von Bouhoutsos et al. (1983) wurde deutlich, daß sexuelle Aktivitäten zwischen Therapeuten und Patienten überwiegend am Beginn von Therapien auftraten. Diese Ereignisse häufen sich also zu einer Zeit, in der sowohl die Idealisierung des Therapeuten eine große Rolle spielt, aber der Patient auch allmählich beginnt, sich zu öffnen und Nähe herzustellen, oft mit starken symbiotischen Tendenzen. Es ist vorstellbar, daß manche Therapeuten ihren Beruf auch

gewählt haben, weil sie die Distanz des therapeutischen Prozesses i.S. eines Kompromisses zwischen Nähe und Distanz brauchen. Der Nähewunsch des Patienten kann also stark irritierend wirken und dazu führen, daß der Therapeut ihn mit Aktionen zerstören muß, die auf den ersten Blick wie mehr Nähe aussehen können. Wie aber schon an dem Schicksal der Therapie nach sexuellen Kontakten gezeigt werden konnte, enden die meisten Therapien recht rasch danach. Das könnte man so sehen, daß die bedrohliche Nähe abgewehrt werden mußte. In diesem Sinne ist die sexuelle Nähe zumindest in ihrer Konsequenz dann ein destruktiver Akt.

Der Aspekt von Nähewunsch und narzißtischer Bedürftigkeit

Die Sexualisierung einer therapeutischen Beziehung kann auch dadurch gefördert werden, daß der Therapeut aus Gründen seiner Lebensgeschichte und/oder seiner derzeitigen Lebenssituation ein großes Bedürfnis hat, rasch Nähe zur Patientin herzustellen. Die Patientin soll ihn nähren, lieben, schätzen, ihm Geborgenheit und Gebrauchtwerden vermitteln. In diesem Sinne ist die Patientin Plombe einer narzißtischen Lücke. Auch hier läßt sich eine Rollenumkehr zeigen. Die Patientin soll mütterlich-tröstende und nährende Funktionen für ihren Therapeuten erfüllen. In der sexuellen Beziehung hat der narzißtische Aspekt ein sehr großes Gewicht: Die Patientin verschafft dem Therapeuten Lust, Bestätigung, Bewunderung, Aufwertung. Diese narzißtischen Aspekte dominieren, der narzißtisch mißbrauchende Therapeut läßt die Realität seiner Patientin außer acht und braucht sie primär zur Stabilisierung seines Selbstgefühls. Wenn man die Hypothese vertritt, daß die Wahl eines therapeutischen Berufes auch Symptomcharakter haben kann, dann ist die pervertierte therapeutische Beziehung i.S. einer Sexualbeziehung Ausdruck einer Dekompensation des ursprünglich gewählten Lösungsversuches. Ein männlicher Therapeut kann z.B. unbewußt aus dem Therapeutenberuf einen Kompromiß erhoffen zwischen Machterfüllung im Rahmen einer männlichen Identität und dem Wunsch nach Versorgtwerden in einer kontrollierten Form von Nähe. Die Dekompensation offenbart die narzißtischen und destruktiven Anteile eines solchen Lösungsversuches.

Die Bedeutung der Lebensunzufriedenheit

Der wichtigste Punkt unter den Erklärungsmöglichkeiten ist für mich die Bedeutung der Lebensunzufriedenheit. Es ist bekannt, daß Frustrationen, Gefühle der inneren Leere und Minderwertigkeitsgefühle durch sexuelle Erlebnisse kompensiert werden können. Was den mißbrauchenden Therapeuten angeht, können 2 Quellen von Lebensunzufriedenheit eine große Rolle spielen, nämlich eine frühe biographische und/oder eine aktuelle lebenssituationsbezogene. Über die frühen biographischen Aspekte wissen wir aus den Studien nichts, wohl aber etwas über die aktuellen: Die betreffenden Therapeuten befanden sich häufig in einer Situation, in der Lebensunzufriedenheit dominierte, und zwar durch fehlende oder gerade getrennte Partnerschaften - also in einem Stadium erhöhter Verletzbarkeit und mangelnder realer Befriedigungsmöglichkeiten. In dieser Lebenssituation kann dann der sexuelle Kontakt zum Patienten als Versuch dienen, das bedrohte Selbstgefühl zu stabilisieren. Es ist bisher m.W. nicht differenziert untersucht worden, inwieweit nicht schon die Wahl eines therapeutischen Berufes primär zur Stabilisierung eines bedrohten labilen Selbst erfolgen kann und in diesem Sinne einen Reparationsversuch darstellt.

Zur Gewichtung und Bedeutung der Lebenszufriedenheit des Psychotherapeuten ist zu bedenken, daß es einen erheblichen Unterschied macht, ob der Therapeut außerhalb der therapeutischen Beziehung eine befriedigende Liebesbeziehung hat, oder ob er den Wunsch hat, sich zu verlieben bzw. Liebe zu finden. Wie Carotenuto (1986, S. 298) treffend bemerkt, "geschehen nämlich die wichtigsten Dinge außerhalb der Analyse". Wenn also Liebe momentan nicht zum Außenleben des Therapeuten gehört, steigt die Gefahr, daß er sie in der Therapie sucht.

Schließlich könnte man überlegen, ob nicht die unbewußte Neigung des Therapeuten zum Mißbrauch seiner Patientin auch *Ausdruck einer perversen Symptombildung* sein könnte. Dabei ginge es vor allem 1) um die Umkehr von Macht und Ohnmacht, 2) um Aspekte einer gestörten Geschlechtsidentität und 3) um Wünsche nach und Ängste vor Symbiose. Das Spezifische einer solchen perversen Symptombildung wäre, daß etwas Destruktives sexualisiert wird: "Die erotische Form von Haß", wie Stoller (1979) es formuliert hat. Denkt man diesen Gedanken weiter, so würde man hypothetisch annehmen können, daß ein sexuell mißbrauchender Therapeut, der seine Patientin als Opfer sieht und benutzt, in seiner Kindheit Ohnmacht und schwere Demütigungen in Abhängigkeitsbeziehungen erlebt haben kann. Wir wissen ja, daß solche Erlebnisse starke unbewußte Rachephantasien hervorrufen können. In der Umsetzung solcher Rachebedürfnisse ist für das Verständnis der Satisfaktion entscheidend wichtig, daß sich das Täter-Opfer-Verhältnis umkehrt: Das ursprüngliche Opfer wird zum Täter, zum Rächer, zum Sieger, befreit sich aus der kindlich erstickenden Ohnmacht und triumphiert

damit über die erlittene Demütigung und die Person, die diese Demütigung zugefügt hat. Die ursprünglich gefährliche Frau wird jetzt zum Opfer, der erniedrigte kleine Junge subjektiv unter der Illusion des Machtbesitzes zum Mann. Diese unbewußte Feindschaft und Feindseligkeit kann ein Motiv nicht nur für Haß und Destruktion zwischen den Geschlechtern, sondern auch für den sexuellen Mißbrauch einer Patientin darstellen.

Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis

Welche Konsequenzen sollten aus dem Gesagten für die psychotherapeutische Praxis und für Aus- bzw. Weiterbildung gezogen werden? Heigl-Evers und Heigl (1989) meinen, daß es in der psychologischen Medizin selbstverständlich sein sollte, "den 'psychischen Apparat' des Psychotherapeuten instand zu halten und zu pflegen, um dessen therapeutische Kompetenz zu erhalten und zu verbessern" (S. 72).

Wie kann man das tun? Ich möchte zunächst darauf hinweisen, daß viele Kollegen eine Tendenz haben, die geschilderten Probleme mit moralischen Mitteln anzugehen und dabei ausschließlich Über-Ich-Aspekte vertreten, die in einer konsequenten Bestrafung des fehlbaren Therapeuten gipfeln. Bei allem Respekt vor dem Über-Ich: Ich glaube, daß man mit einer solchen Verfolgung letztlich nicht weiter kommt. Was erfolgen sollte, ist eine wirksame Auseinandersetzung des Therapeuten mit Selbstaspekten, die er möglicherweise nicht mag, vielleicht nicht einmal genau kennt, weil sie in seiner Selbsterfahrung unterdrückt wurden - von ihm, dem Lehrtherapeuten oder beiden. Um welche Themen könnte es sich dabei handeln? Z.B. um Haß, um das Schicksal der eigenen Sexualität und vor allem um ungelöste Abhängigkeiten, die eine eindeutige Distanz zum Patienten erschweren können. Das Wissen um entsprechend belastete Kollegen sollte also m.E. dazu führen, sie anzusprechen und ihnen nahezulegen, ein Stück Selbsterfahrung nachzuholen. Mir ist klar, was für ein Angang das sein kann, denn die Einsicht in die Notwendigkeit weiterer Supervision oder gar Selbsterfahrung scheint für manche Therapeuten mit abgeschlossener Ausbildung eine narzißtische Kränkung darzustellen, so als würde man ihre Mündigkeit und Kompetenz bezweifeln. Abgewehrt wird dann gern mit Zeit- und Kostenargumenten. Nimmt man aber Freuds Postulat einer unendlichen Analyse ernst, wäre doch zu überlegen, ob nicht in einem so sensiblen und auch belastenden Bereich - wie dem der psychotherapeutischen Tätigkeit - schon aus Gründen der eigenen Psychohygiene zumindest in Intervallen immer wieder Supervision bzw. Intervision gesucht werden sollte, um die eigenen blinden Flecken fallbezogen wieder korrigieren zu können.

Was läßt sich weiter tun, um dem Mißbrauch von Abhängigkeiten in Psychotherapien vorzubeugen? Mir scheint vorrangig zu sein, daß Therapeuten sich bewußt machen, wie wichtig ein befriedigendes Privatleben für therapeutisches Funktionieren ist. Natürlich wäre es naiv zu fordern, daß Therapeuten damit keine Probleme haben könnten, zumal sie ja nicht zu den unkompliziertesten Menschen gehören. Verlangt werden kann aber, daß ein Therapeut sich Rechenschaft darüber ablegt, inwieweit seine Lebenssituation in die Therapie hineinspielen kann. Für Therapeuten, die in Institutionen arbeiten, kommt ein weiteres Problem dazu, nämlich das der therapeutischen Kultur, das aus dem Umgang mit der eigenen und anderen Berufsgruppen resultiert. Ich meine damit vor allem das Rivalisieren von Therapeuten innerhalb einer Institution um die Gunst der Patienten, aber auch der Mitarbeiter. Dieses Rivalisieren kann Mißbrauchscharakter haben und auch spezielle Mißbrauchstendenzen begünstigen.

Ich denke, daß eigene Selbsterfahrung und eine gute, fundierte psychotherapeutische Ausbildung zu einer Kompetenz führen sollten, die vor massiveren Fehlern schützt. Die Realität zeigt aber, daß dem nicht so ist. Die ernüchternde Erkenntnis, daß auch in dem Dickicht komplizierter Subjektivität, in dem wir uns im psychotherapeutischen Prozeß bewegen, Regeln eingehalten werden müssen, muß während der Weiterbildung erfahren und vermittelt werden. Aus den zitierten Studien geht aber zumindest indirekt hervor, daß die fehlbaren Therapeuten häufiger über eine abgeschlossene Selbsterfahrung, qualitativ breitere Weiterbildung und längere Berufserfahrung verfügten. Wie ist dieser Widerspruch zu erklären? Könnte es nicht sein, daß in psychotherapeutischen Weiterbildungen der Akzent mehr auf die Möglichkeiten und Chancen von Psychotherapie als auf die Regeln gesetzt wird? Und daß daraus eine Verschärfung der Risiken resultiert und auch die Gefahr, die eigenen Fähigkeiten zu überschätzen?

Zur Prävention sollte ein Stück *Öffentlichkeitsarbeit* geleistet werden, und zwar dahingehend, daß auch darüber informiert wird, was Psychotherapie ist und unter welchen Rahmenbedingungen und Regeln sie abläuft. In einem solchen Kontext kann man dann auch auf die Gefahr von Regelverletzungen hinweisen.

Darüber hinaus sollten die *Standesorganisationen* einen ethischen Code formulieren, in dem klare, verbindliche Richtlinien festgelegt werden. Die Fachgesellschaften sollten überlegen, ob sie ihren Mitgliedern Hilfen in Therapiekrisen anbieten, ohne daß Strafen bzw. sonstige unangenehme schädigende Konsequenzen befürchtet werden müssen. Das erscheint mir als die größte Gefahr: sich nach Abschluß der Ausbildung in eine einsame Situation zu begeben, in der man meint, Probleme mit Patienten souverän meistern zu müssen. In leichter Abwandlung eines bekannten Freud-Satzes (l910d) könnte man sagen: "Jeder Psychotherapeut kommt nur soweit, als seine eigenen Komplexe und Widerstände es gestatten" (S. 108).

Literatur

Anonyma (1988) Verführung auf der Couch. Kore, Freiburg iBr

Bouhoutsos J, Holroyd J, Lerman H, Forer BR, Greenberg M (1983) Sexual intimacy between psychotherapists and patients. Professional Psychology: Research and Practice 14 : 185-196

Butler S, Zelen SL (1977) Sexual intimacies between therapists and patients. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 14 : 139-145

Carotenuto A (1986) Tagebuch einer heimlichen Symmetrie. Kore, Freiburg iBr

Forer B (1968) The therapeutic relationship. Paper presented at the annual meeting of the California State Psychological Association. Pasadena, California, February 1980

Freud S (1910d) Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. Gesammelte Werke, Bd 8 Fischer, Frankfurt aM (1966ff.), S 103-115

Freud S (1915a) Bemerkungen über die Übertragungsliebe. GW Bd 10, S 305-321

Gartrell N, Herman J, Olarte S, Feldstein M, Localio R (1986) Psychiatrist - Patient Sexual Contact: Results of a national survey, vol I: Prevalence. Am J Psychiatry 143 : 1126-1131

Gottlieb MC, Sell JM, Schoenfeld LS (1988) Social romantic relationships with present and former clients: State Licensing Board actions. Professional Psychology: Research and Practice 19 : 459-462

Haug H (1990) Über den narzißtischen Mißbrauch in der Therapie. Unveröffentliches Manuskript, Basel

Heigl-Evers A, Heigl F (1989) Ethik in der Psychotherapie. Psychother Psychosom Med Psychol 39 : 68-74

Herman JL, Gartrell N, Olarte S, Feldstein M, Localio R (1987) Psychiatrist-patient sexual contact: Results of a national survey, vol II: Psychiatrists´ attitudes. Am J Psychiatry 144 : 164-169

Holroyd JC , Brodsky AM (1977) Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and non-erotic physical contact with patients. Am Psychologist 32 : 843-849

Kardener SH, Fuller M, Mensh JN (1973) A survey of physicians' attitudes and practices regarding erotic and non-erotic contact with patients. Am J Psychiatry 130 : 1077-1081

Pope K, Levenson H, Schover LR (1979) Sexual intimacy in psychology training: Results and implications of a national survey. Am Psychologist 34 : 682-689

Pope K, Bouhoutsos J (1986) Sexual intimacy between therapists and patients. Praeger, New York

Pope K, Keith-Spiegel PC, Tabachnick BG (1986) Sexual attraction to clients. Am Psychologist 41 : 147-158

Rauchfleisch U (1982) Nach bestem Wissen und Gewissen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Schoener G, Milgrom JH, Gonsiorek J (1984) Sexual exploitation of clients by therapists. Women & Therapy 3 : 63-69

Sell JM, Gottlieb M, Schoenfeld LS (1986) Ethical consideration of social/romantic relationships with present and former clients. Professional Psychology: Research and Practice 17 : 504-508

Sonne J, Meyer CB, Borys D, Marshall V (1985) Clients' reactions to sexual intimacy in therapy. Am J Orthopsychiat 55 : 183-189

Stoller RJ (1979) Perversion - Die erotische Form von Haß. Rowohlt, Reinbek

Beziehungskonstellationen in der Suchtkrankentherapie

Franz Heigl und Annelise Heigl-Evers

Die Thematik der Beziehungskonstellationen in der Suchtkrankentherapie soll anhand des Behandlungsverlaufs bei einer abhängigkeitskranken Patientin erörtert werden. Diese von einem Sozialtherapeuten durchgeführte Behandlung erstreckte sich über 70 Sitzungen in 15 Monaten.

Wir möchten versuchen, den Pfad zu verfolgen, den der Therapeut und seine Patientin bei ihrem gemeinsamen Klärungsversuch einschlugen. Dabei richten wir unser Augenmerk vornehmlich auf die Beziehungen, die sich zwischen den beiden Partnern dieser Bemühung entwickelt haben, und darauf, wie sich die therapeutischen Interventionen hier auswirkten. In psychoanalytischer Sprache geht es um das Wechselspiel von Übertragung und Gegenübertragung.

Auf diesem Gang durch eine Therapie werden wir kommentierend einige der Konzepte einflechten, die für den Therapeuten wegleitend waren. Dabei soll uns immer wieder die Frage beschäftigen, welches innere Objekt die Patientin im Therapeuten abgebildet sieht oder genauer: Wie das Objekt geartet ist, das die Verhaltensweisen der Patientin plausibel erscheinen läßt. Um die Frage beantworten zu können, wie sich der Therapeut im Erleben der Patientin abbildet, aber auch umgekehrt: Welches Objekt der Therapeut in der Patientin erlebt, ist es wichtig, auf die beiderseits auftretenden Affekte zu achten, die Hinweise auf die sich zwischen den beiden entwickelnde Beziehung geben können. Unter diesen Aspekten möchten wir zunächst skizzieren, wie sich die initiale Beziehungsinszenierung gestaltet.

Die initiale Beziehungsinszenierung

Der Therapeut berichtet dazu wie folgt: Frau N., geb. 1934, ist ledig und alleinstehend. Sie ist von Beruf Bibliothekarin und arbeitet zur Zeit als Schreibkraft im Öffentlichen Dienst. Die erste Kontaktaufnahme erfolgte durch ein Telefonat: Frau

N. rief in der Beratungsstelle an und erklärte, sie brauche dringend Hilfe, weil es ihr sehr schlecht gehe. Sie sei Alkoholikerin und habe das Problem, daß sie nicht mit Menschen auskommen würde. Sie suche nach einer Gruppe, die von einem Therapeuten geleitet werde, da sie mit einer Selbsthilfegruppe nicht klar komme. Der Alkohol stelle für sie mittlerweile kein großes Problem mehr dar, da sie seit mehr als 10 Jahren trocken sei, aber psychisch gehe es ihr in all diesen Jahren sehr schlecht. Der Therapeut machte ihr ein Terminangebot, das sie annahm. Im nächsten Satz erkundigte sie sich, ob er ihr wegen des Termins nicht weiter entgegenkommen könne, so daß ihr der Zeitpunkt gelegener sei. Der Therapeut antwortete, daß ihm dies leider nicht möglich sei. Die Patientin entgegnete darauf, es gehe ihr so schlecht, da *müsse* er es einfach möglich machen können! Der Therapeut bestand jedoch auf dem von ihm vorgeschlagenen Zeitpunkt und beendete das Gespräch. - Während und nach diesem Telefonat spürte der Therapeut deutlich Ärger, Wut und auch Angst, und hatte außerdem das Gefühl, so etwas an der Nase herumgeführt worden zu sein. Er dachte: "Worauf hast du dich da bloß eingelassen?!, wenn du ihr den kleinen Finger reichst ...".

Im Fallbericht heißt es dann weiter: „Heute Kontaktaufnahme durch Erstgespräch; Frau N. kommt ca. 20 Minuten zu spät. Verblüfft darüber, eine kleine, ca. 1,50 m große, an einer Gehhilfe gehende ältere Frau im Warteraum vorzufinden - aufgrund der kindlich klingenden Stimme am Telefon hatte ich eine deutlich jüngere Frau erwartet - bat ich sie in mein Zimmer. Mit ihren dünnen, grauen, kurzgeschnittenen Haaren, ihrer eher zierlichen Statur und dem ovalen schmalen Gesicht wirkte sie auf mich dann älter, ich hätte sie auf ca. 60 Jahre geschätzt, während sie tatsächlich nur 53 Jahre alt ist. Sie ist gepflegt und trägt einen schwarzen Ledermantel, der fast bis zum Boden reicht. Die Farben der Kleidung sind eher dunkel und gedeckt. Ihre Stimme wirkt auf mich wie die eines ca. 12jährigen Mädchens, eher hoch in der Stimmlage, mal tief empört, mal klagend, mal ihr Recht fordernd, immer wieder in naiver Entrüstung, nicht passend zu einer erwachsenen Frau. Als sie mit energievollen kräftigen Schritten und mit ihrer Gehhilfe klappernd hinter mir den Flur entlangging, merkte ich, daß ich meine Schritte unwillkürlich beschleunigte, als müsse ich einer Gefahr ausweichen. - Ich spürte dann eine deutliche Beruhigung, als sie mir gegenüber in meinem Zimmer saß und ich sie optisch unter Kontrolle hatte. Sie legte ihre Tasche und ihren Ledermantel ab, nahm Platz.

Sie begann wieder über ihre Situation zu berichten, unterbrach sich jedoch sogleich und meinte, bei mir im Zimmer zöge es, sie wolle jetzt den anderen der drei Sessel versuchen - nein, das könne sie gleich lassen, da dieser zu dicht am Fenster stehe, da sei es sicher zu kalt. Sie sei da sehr empfindlich. Einige Menschen würden nicht verstehen, daß sie einfach gezwungen sei, solche Forderungen zu stellen, weil es ihr gesundheitlich so schlecht gehe. Wieder spürte ich bei mir deutlich Angst, Kränkung und Wut. So etwas war mir neu! Meinen Einwurf, ob sie sich

nicht mit wärmerer Kleidung helfen könne, beantwortete sie ein bißchen empört, daß es ihr dann zu warm würde und sie schwitzen würde, so daß sie sich zweimal pro Tag umziehen müsse. Das könne ich doch nicht von ihr verlangen, nur weil sie hilfsbedürftig und auf eine Behandlung angewiesen sei. Gleichzeitig mit der Wut erlebte ich auch eine deutliche Hemmung, diese zu äußern. Es blieb mir förmlich die Luft weg. Eigentlich hätte ich wohl wissen müssen, daß das Problem nicht mit angemessener Kleidung gelöst werden könne. Nach meinem Bemerken, die räumlichen Gegebenheiten seien hier nun einmal so - ich sähe zwar den Spalt unter der Tür und in bezug darauf, das Fenster zu schließen, könne ich ihr wohl entgegenkommen - den Zug werde sie jedoch in diesen Räumen als gegeben hinnehmen müssen, ging sie dazu über, mir zu berichten, wie andere Menschen sich doch wenig auf sie einstellen würden.

Mit meiner letzten Bemerkung hatte ich wohl meine Gegenübertragung agiert. Ich verhielt mich dann etwas zurückhaltender. Schuldgefühle, sie so konfrontiert zu haben, kamen in mir hoch. Daneben tauchte in mir der Wunsch auf, sie nicht zu enttäuschen.

Im weiteren Gesprächsverlauf überschüttete sie mich mit Klagen über ihr nicht genügend wohlgesonnene Menschen. Der Verlust eines Partners, Detlev, hatte sie getroffen, war aber nach meinem Eindruck nur *ein* Thema von vielen. In diesem ersten Gespräch teilte mir Frau N. 'der Fairneß halber' noch mit, sie habe noch einen Termin mit einem Psychologen bei einer Lebensberatungsstelle des DRK vereinbart. Sie hätte natürlich zu diesem Zeitpunkt noch nicht wissen können, wie wohl sie sich bei mir fühlen würde, müsse aber trotzdem den Termin mit dem Kollegen wahrnehmen, der nun einmal abgesprochen sei. Sie erhoffe sich meine Hilfe bei der Entscheidung der Frage, welches Beratungsangebot für sie denn das richtige, nützlichere sei.

Am Abschluß der ersten kleinen gemeinsamen Wegstrecke der beiden Akteure sei kurz innegehalten, um zu überlegen, was sich hier entwickelt hat, welche Beziehungskonstellation entstanden ist. Wie hat sich auf dem Weg zur Beratung in der Vorstellung, in der inneren Welt der Patientin der erwartete Therapeut abgebildet, welche inneren Objektbilder waren dabei für sie wegleitend? Auf welchen Mitakteur ist die Patientin eingestellt, wenn sie diese Erstbegegnung so inszeniert, wie es vom Therapeuten beschrieben wurde?

Sie betritt die Bühne der Interaktion nicht ganz ohne Hoffnung, überwiegend jedoch von Mißtrauen erfüllt. Sofern der konkrete Mitakteur Entgegenkommen zeigt, muß dieses gründlich getestet werden. Dieses Testen besteht darin, daß sie ihre Ansprüche an den anderen in die Höhe treibt. Der Mitakteur - so erlebt sie ihn - ist nicht zuverlässig, nicht zugewandt, vielmehr gleichgültig, auch wenn er gewisse Bereitschaften zur Hilfe zeigt. Das ihm zugeordnete innere Bild, das übertragene Objekt gesteht es dem Subjekt (der Patientin) nicht zu, Kräfte zu eigenem Schutz und zur Fürsorge für sich selbst zu entwickeln; es soll in Abhängigkeit

gehalten werden. Der Mitakteur muß durch Anklagen moralisch unter Druck gesetzt und mit Drohungen beeindruckt werden. Nein, er ist wenig vertrauenserweckend: So erwägt die Patientin, das Objekt gegen ein anderes einzutauschen. In der von ihr dyadisch angelegten Inszenierung ist eine kurz dauernde Triangulierung vorgesehen. Ist das *zweite* Objekt das bessere oder das *dritte*? Diese Frage soll vom zweiten Objekt, vom Mitakteur entschieden und dieser damit zur Selbstbeurteilung aufgerufen werden.

Die Ansprüche, die die Patientin an ihr - primär inneres - Objekt richtet, sind einmal die einer uneingeschränkten Verfügbarkeit und Bereitschaft, sich an ihre jeweiligen Bedürfnisse anzupassen. Sie sind ferner die der Gewährleistung von verläßlichem Reizschutz, im konkreten Ablauf des Erstkontaktgesprächs, des Schutzes vor thermischer Unlust. Soweit das Rollenskript, das die Patientin im Kopf hat, als sie die Bühne dieser Inszenierung betritt.

Der konkrete Mitakteur, der Therapeut, fühlt sich von der Patientin stark bedrängt, erlebt in Antwort darauf für sich selbst ungewohnt und überraschend, heftige Affekte in sich aufsteigen wie Angst, Kränkung, Ärger und Wut. Mit der Wut steigt gleichzeitig etwas Hemmendes in ihm auf: Es ist keinesfalls erlaubt, sie auszudrücken. Versucht man, diese Affekte in ihrer signalgebenden Funktion zu verstehen, so wäre es wohl eine bevorstehende Gefährdung, auf die der Therapeut mit Angst, eine erlittene Beschädigung seines Selbstwertes durch den Versuch, ihn zu entmachten, auf die er mit Kränkung und mit Wut reagiert. Der Mitakteur, der Therapeut, entwirft also in dieser primären Phase der Beziehungsinszenierung in Antwort auf das Verhalten der Patientin ein Rollenskript, in dem *er* der Bedrohte, der in seinem Selbstwert Verletzte, der Entmachtete ist.

Die primäre Szene dieser Beziehungsbildung ist in einem auffälligen Ausmaß durch feindselige Affekte bestimmt. Allein dieses Phänomen läßt auf die Nähe von psychotischem Erleben schließen; diese Nähe mag im Therapeuten, latent, jene Hemmungen ausgelöst haben, die er gegenüber seiner Wut und deren Expression gespürt hatte. Auch das Bedürfnis, die Patientin optisch unter Kontrolle zu haben, mag damit zusammenhängen. Der Therapeut rechnet mit Unvorhersehbarem, Unkontrollierbarem, freilich wohl nicht in einer ausreichend reflektierten Weise.

Unter dem Aspekt der für die Abhängigkeit und Sucht beschriebenen Grundstörung ist die dominante Selbst-Objekt-Beziehung bei dieser Patientin durch ein Teilobjekt gekennzeichnet, das weitgehend die sofortige Bedürfnisbefriedigung wie die Auffüllung des Größenselbst und den Reizschutz übernehmen soll. Durch in der Vorgeschichte immer wiederkehrende Versagungen von seiten der sozialen Substitute dieses Teilobjekts kommt es im Erleben der Patientin immer wieder zu schmerzhaften Frustrationen der an das Teilobjekt gerichteten Erwartungen durch dessen soziale Substitute, Frustrationen, die schnell die Grenze des Erträglichen übersteigen. In Auswirkung solcher Frustrationen gewinnt in der Innenwelt ein versagendes, böses Teilobjekt die Dominanz und wird,wie auch hier geschehen,

durch eine soziale Bezugsperson substituiert. Es resultiert dann das von ihr beklagte abweisende Verhalten des Gegenübers.

Hat sie in zurückliegenden Zeiten als externes Substitut des guten Teilobjekts den Alkohol eingesetzt, so ist es nach erreichter und sicher auch eingehaltener Abstinenz nunmehr das Medium Fernsehen und die Videokassette, die diese Funktion übernimmt: Sie verfügt über ein kleines Arsenal an Fernsehgeräten und Kassettenrecordern und sieht und hört teils Nächte hindurch. So nimmt sie teil an einer Welt, von der sie sich sonst ausgeschlossen fühlt; als gewisser *realer* Gewinn ist ein Zuwachs an Information und an Bildung zu betrachten, den sie sich auf diese Weise verschafft und dessen sie sich auch rühmt.

Der weitere Verlauf der Beziehungsbildung

Geht man auf dem Pfad dieser Beziehungsinszenierung ein Stück weiter und hört, was sich in der fünften und sechsten Stunde ereignet hat, so heißt es:

In beiden Sitzungen war das Klima sehr viel ruhiger. Sie berichtete zwar auch über Ärger, den sie im Haus hatte, sah die Situation jedoch nicht mehr so verzerrt, sondern nahm durchaus auch als *ihr* Problem wahr, daß sie sich so in Ärger und Wut verbeißt.

Weiten Raum nahm in beiden Sitzungen die Schilderung von biographischen Daten ein. Ich spürte immer wieder Mitleid, z.B. wenn sie schilderte, daß sie wegen ihrer O-Beine gekränkt wurde, von ihrer Mutter und von den anderen Kindern in der Schule. Sie malte das Bild von einem völlig auf sich gestellten Kind, das alle Menschen gegen sich hatte, und der geliebte Papa war nicht da (der Vater, an dessen Zärtlichkeit sie sich erinnerte, war im vorletzten Kriegsjahr in ihrem 10. Lebensjahr in Rußland gefallen). Als ich mich erkundigte, ob sie Vermutungen darüber hätte, warum denn so viele gegen sie gewesen seien, fiel ihr dazu nichts ein. Ich sprach an, daß sie auch über diese Zeit vorwiegend neidvoll von anderen und sehr auf sich bedacht sprach - d.h., sich unbezogen verhielt. Sofort kam wieder die mir schon vertraute Antwort: "Das mußte ich doch, es ging uns doch schlecht!" - Der Therapeut merkt für sich selbst an: „Die größte Schwierigkeit in der Behandlung dürfte die nahezu totale Unbezogenheit der Patientin, ihre Egozentrizität sein", oder m.a.W.: ihr dominanter pathologischer Narzißmus.
Ich verstand die beiden Sitzungen so, daß sie mir auch zeigen wollte, wie es ihr in ihrem Leben ergangen ist, um dann die "richtige" Hilfe von mir zu bekommen. Sie wünschte sich wohl auch Anerkennung für die Schwierigkeiten, die sie durchgestanden hatte. Ich spürte etwas Wärme, bei diesem "all das vertraue ich Dir an", und ein Suchen nach Verständnis für ihre Entschädigungsforderungen. Ich war an den Schilderungen interessiert und versuchte, die Affekte zu den geschilderten Erlebnissen möglichst

genau zu verstehen. Es ging immer wieder um Zukurzgekommensein und Ersatzhabenmüssen. Das Zukurzgekommensein verband Frau N. zunächst mit ihrem Körper: "Ich war zu klein, hatte O-Beine, keinen Busen, Pickel und fettige Haare." Das zog sich durch ihre Lebensgeschichte mit unterschiedlichen Schwerpunkten hindurch.- Hier wäre anzumerken, daß das Erleben dieser Patientin offenbar durch das Gefühl einer frühen basalen Schädigung im Sinne einer vitalen, ihr vom Schicksal zugefügten Ungerechtigkeit bestimmt ist.

Was ist aufgrund dieser Schilderung des Therapeuten auf der kleinen Beziehungsbühne dargestellt? Die Atmosphäre ist etwas freundlicher geworden. Die Hauptakteurin hat ihrem starken Mißtrauen ein wenig Boden abgewonnen und zeigt - in Grenzen - dem Mitakteur gegenüber Vertrauen: Sie vertraut ihm ihre große biographische - die frühgeschichtliche und die aktualgeschichtliche - Misere an. Der Mitakteur ist demgegenüber offen, fühlt ein Interessiert-Sein, er ist präsent und um Akzeptanz, insbesondere der Affekte seines Gegenübers bemüht. Die Affekte, die er von seiten der Akteurin auf sich gerichtet fühlt, sind die eines tiefen bitteren Ressentiments, verbunden mit einem nachdrücklichen Anspruch auf Wiedergutmachung. Vielleicht scheut er hier vor der Affektivität der Patientin deshalb etwas zurück, weil ihre hier zu vermutende unerbittliche Rache ihn wieder in die Defensive ihr gegenüber drängen würde. Gleichwohl ist es natürlich äußerst wichtig, solche Rachetendenzen von seiten des Kranken möglichst uneingeschränkt wahrzunehmen, sie zu respektieren und zu akzeptieren, freilich ohne in irgendeiner Weise mitzuagieren. Das Motto dieser Akteurin für den hier behandelten Beziehungsprozeß lautet wohl: "Mir ist bitteres Unrecht geschehen, die andern haben die verdammte Pflicht und Schuldigkeit, dieses von mir erlittene Unrecht voll wieder gutzumachen!"

Gleichwohl wäre es verständlich, wenn der Therapeut vor diesem Rächerimpuls, vor dieser unerbittlichen Wiedergutmachungsforderung zurückwiche und sich davor zu schützen versuchte. In der beschriebenen Phase ist das vermutlich durch eine partielle Leugnung der von der Patientin geäußerten Affekte geschehen. Aus diesem Grunde stellt sich die kleine Zwischenszene als etwas zu harmonisch, als in leicht trügerischer Weise freundlich dar.

Grundsätzlich ist hier einzufügen: Diese Patienten leiden daran, daß sie durch bestimmte mißliche Sozialisationsbedingungen an der Entfaltung ihrer *Eigenkräfte*, ihrer eigenen Funktionen und Regulierungen gehindert wurden. Es ist diese Tragik, die sie - zu ihrem Nachteil - *nicht* erleben und nicht in ihre Eigenverantwortung einbeziehen können. Im Gegenteil: Um Rache ausagieren und Wiedergutmachung einklagen zu können, müssen sie ihre mißliche vitale Verfassung, müssen sie die Defizite ihrer Regulierungen und Funktionen - die des Selbst, des Über-Ichs, des Ichs - aufrechterhalten, denn nur so können sie die Legitimationsbasis für Anklage und Entschädigungsanspruch sicherstellen. Wenn

sie diese Basis aufgäben, verlören sie jedes begründete Recht auf Wiedergutmachung; sie verlören auch die Möglichkeit, ihre Lebensschwäche vor sich selbst und anderen dadurch zu begründen, daß sie die Schuld dafür früheren oder aktuellen Objekten anlasten. Der Preis für eine Entwicklung in Richtung Gesundung besteht darin, daß die Konfrontation mit dem eigenen So-Sein, insbesondere die mit einem entwerteten Selbst ausgehalten, daß auf die verständliche, aber prekäre Entlastung durch Schuldexternalisierung und Verantwortungsdelegierung verzichtet wird. Hier sind von seiten der Therapie wichtige Hilfestellungen zu leisten.

Die Übernahme der Eigenverantwortung

Wahrscheinlich ist die Übernahme der Verantwortung für das eigene Gewordensein auch deswegen so schwierig, weil hier wegen einer nicht ausreichenden Abgrenzung von Selbst- und Objektrepräsentanzen Verantwortung, Urheberschaft und Schuld bei den Objektrepräsentanzen verbleiben. Freilich ist der Protest unserer Patientin gegen die Übernahme von Schuld insofern berechtigt, als sie an der primären Verursachung ihres Dilemmas nicht schuld ist. Doch gibt es für ein Einklagen solcher Schuld in der Regel keinen Angeklagten und keinen Richter. Die Übernahme von Schuld ist für diese Kranken auch deswegen so schwierig, weil Schuld hier nicht im Kontext eines ödipalen Über-Ichs erlebt wird, sondern vielmehr in dem eines präödipalen, destruktiven oder sadistischen Strafverfolgers oder eines unerbittlichen Richters, der weder Milde noch Erbarmen kennt. Eben deswegen wird vom Patienten gefürchtet und auf unterschiedliche Weise vermieden, sich selbst als Träger von Schuld zu verstehen und zu akzeptieren. Wenn die Abgrenzung von primärer Schuld und Verantwortung sowie inzwischen entstandener eigener Schuld gelingt, ist ein wichtiger Schritt in der Therapie getan.

Werfen wir nun einen Blick auf eine weitere Strecke des gemeinsamen Weges von Patientin und Therapeut, dann ist im Bericht des Therapeuten über die 20. Sitzung zu lesen, daß die Patientin in einem Jazzlokal einen 35jährigen Mann kennengelernt habe, der ihr zeigen wollte, wie man Schlagzeug spielt - sie hat ein solches Instrument bei sich zuhause, kann aber nicht damit spielen.

Frau N. kam zur 20. Sitzung und eröffnete mir: "Der Schlagzeuger hat mich angerufen. Er sagte, er hat sich in meinen Busen verliebt, und daß er in Gedanken daran schon mehrfach onaniert hat. Das hat in mir Unheimliches ausgelöst."
Therapeut: "Was meinen Sie damit?"

Frau N.: "Der hat gesprochen wie ich rede, so wesensverwandt. Er gibt sich für mich als Mann nach Maß. Bei mir hat sich sofort die Sexualität gemeldet. Das ist zum Verrücktwerden. Mein Körper will im Grunde darauf eingehen. Er hat auch über Alkohol gesprochen. Das kannte ich auch. Sagte: "Da hab ich mir den Kopf vollgeknallt."

In der 21. Sitzung war Frau N. voll und ganz mit Uwe beschäftigt. Sie hatte seine Wohnung aufgesucht, weil er sich nicht meldete. Gemeinsam hatten sie einen Abend in der Wohnung verbracht. Sie nimmt in sich auch Kritisches wahr, aber nicht ernst, verdrängt es gleich wieder.

Frau N.: "Die ganze Nähe, die ich fühle, die ist bei ihm nicht da. Gestern abend merkte ich, er benutzt mich. Ich habe ihn richtig lieb. Er ist schon zweimal geschieden, im Heim aufgewachsen."

Als der Therapeut auf ihre Gefühle, benutzt zu werden, und keine Antwort auf sie zu bekommen, eingehen wollte, wechselte die Patientin sofort das Thema. Er versuchte es noch deutlicher, blitzte aber, wie in dem folgenden Ausschnitt zu sehen ist, ab.

Frau N.: "Er ist ein Mann auf der gleichen Ebene."

Therapeut: "Sind Sie auch gerade im Rückfall?"

Frau N.: "Nein, ich meine vom Typ her."

Therapeut: "Da sind 'naß' und 'trocken' doch wichtig!"

Frau N.: "Ich habe auch gesagt, was wirst Du sagen, wenn Du nüchtern bist?"

Sie schwärmte auch die ganze 22. Sitzung weiter über ihren Uwe und sagte auch ganz klar: "Es könnte doch das letzte Mal sein." Deutlich grenzte sie sich nur hinsichtlich der Finanzen ab. Uwe war zwar arbeitslos und verfügte über sehr wenig Mittel, aber da wäre sie dann eher bereit gewesen, ihm diese geringen Mittel einzuteilen, statt ihm Geld zu geben oder zu leihen.

Sie bemerkte dann in einem Nebensatz: "Das Ding mit Uwe ist, wenn so eine Sau sich für mich interessiert, was bin ich dann wert?! So ist das!"

Trotzdem traf sie dann wieder die Entscheidung, um des Genusses willen, nicht auf Uwe zu verzichten, sondern die Beziehung weiterzuführen, so lange es ging. In der 24. Sitzung ging es noch einmal darum, was sie von mir erwarten kann, und hier erlebte ich ihr Verhalten wie bei einem Rückfall. Sie hatte zwischen den Sitzungen wieder öfters angerufen, und es kam wieder zu dem folgenden Dialog:

Frau N.: "Ich finde das herrlich, wenn man fragen kann."

Therapeut: "Kennen Sie denn nicht die Freude, etwas selbst herauszukriegen, die Zufriedenheit, für sich selbst einstehen zu können?"

Frau N.: "Sie sind Sozialarbeiter!"

In der beschriebenen kleinen Szene auf der Bühne der Beziehungsbildung zwischen der Patientin und dem Therapeuten, hat die Patientin wieder einmal, wie schon häufig, versucht, über den Therapeuten direkt zu verfügen, indem sie ihn anrief, um ihm Fragen zu stellen, sich Rat zu holen und was dergleichen mehr ist. "Ich finde das herrlich, wenn man fragen kann."- Hierin liegt das ganze Dilemma vieler

süchtiger Menschen: Sie möchten das substituierende Objekt jederzeit anzapfen können und empfinden ein solches Anzapfen als "herrlich". Die Möglichkeit, sich auf eigene Ressourcen zu besinnen und sich ihrer zu bedienen, wird gar nicht in Betracht gezogen.

Zur Information ist noch folgendes zu ergänzen: Die Patientin kann offensichtlich deswegen "trocken" sein und bleiben, weil sie einmal mit den Medien Fernsehen und Videokassetten über eine Art Drogensubstitut verfügt; daneben hat sie jedoch auch das Bestreben, über soziale Bezugspersonen im direkten Zugriff zu verfügen und damit in ihnen ein inneres Teilobjekt zu substituieren. So kann es ihren Bekannten und sogenannten Freunden passieren, daß sie zu einer beliebigen Tages- und Nachtzeit bei ihnen auftaucht mit dem Begehren, aufgenommen zu werden, Unterkunft, ein warmes Bett und dergleichen mehr zu erhalten. Dazu gehört auch das Verfügen über den Sozialarbeiter, der bei ihren zu beliebiger Zeit getätigten Anrufen für sie bereit zu sein hat. Dieses Begehren ist für die Patientin eine Selbstverständlichkeit, quasi ein natürliches Recht. Von dem Therapeuten einmal darauf angesprochen, sagt sie: "Ich brauch' das doch!" - Im Sinne der organismischen Gesamtregulierungen ihrer Person hat die Patientin damit völlig recht: sie braucht von ihrer inneren Festlegung her - Festlegung auf ein jederzeit verfügbares Teilobjekt - diese Möglichkeiten.

Im Rückblick sollen nochmals einige Teilstrecken des Pfades einer therapeutischen Beziehungsentwicklung beleuchtet werden. Die Beziehung wurde dadurch eingeleitet, daß die Patientin sich hilfesuchend an eine Drogenberatungsstelle wandte. Sie war damals schon seit vielen Jahren abstinent, "trocken", wie es heißt. Freilich war die Erhaltung dieser Abstinenz an bestimmte Voraussetzungen gebunden: Sie brauchte weiterhin in Substituierung eines inneren Teilobjekts, das ihr gegenüber zur Sofortbefriedigung ihrer Bedürfnisse verpflichtet war, im sozialen Umfeld sich entsprechend verhaltende Objekte; diese mußten außerdem dem Zweck dienen, ihre narzißtischen Vorstellungen zu stabilisieren und ihr Reizschutz zu gewähren. Zu dieser Substituierung dienten ihr einmal das Medium Fernsehen und Videokassetten, die sie stundenlang, nächtelang für sich in Anspruch nahm, die sie konsumierte bei einer gleichzeitigen gewissen Erhöhung ihres Selbstwertgefühls, hervorgerufen wohl durch Partizipation an der "großen Welt".

Schon im Erstkontakt wurde deutlich, daß diese Patientin in ihrem Therapeuten ein weiteres Substitut für ihr inneres "gutes" Teilobjekt suchte, das die für ihr Leben und Überleben notwendigen Regulierungen ausreichend verläßlich ausübte. Wenn ein Mensch sich so verhält, wie es die Patientin ihrer Struktur entsprechend tut, dann wird er von einem starken subjektiven Berechtigungsgefühl getragen: Die Patientin kämpft um die Erhaltung einer ausreichenden Stabilität in ihren Beziehungen zur eigenen Innenwelt und zur Umwelt; sie kämpft darum, nicht von Destabilisierung, Desintegration, Desorganisation in Richtung von Psychose oder von Suizid überfallen zu werden. Dieses Berechtigungsgefühl gründet ferner darin,

früh vital geschädigt worden zu sein, früh in gleichsam ungerechter, grausamer Weise etwas vorenthalten bekommen zu haben, was sie selbst nicht recht zu fassen weiß, was sie aber ständig spürt - besonders als ein vages Gefühl eigener Unzulänglichkeit und eigenen Unwertseins.

Schlußbemerkungen

Eine wirkliche Heilung der Patientin, die über das sicherlich respektable, aber doch für ein befriedigendes Leben nicht ausreichende Teilziel der Abstinenz hinausginge, würde darin bestehen, daß sie ihre in der Frühzeit nicht geförderten Eigenbefähigungen, ihre eigenen Kräfte entwickelt und sich somit eigene Ressourcen erschließt. Versuchte sie das, müßte sie allerdings ihre Rache und ihren Wiedergutmachungsanspruch aufgeben, da beides ohne den Nachweis erlittener Benachteiligung, erlittener vitaler Einschränkung nicht mehr zu begründen wäre. Ohne diesen Nachweis gäbe es keine Berechtigung zur Rache und zur Wiedergutmachung, ohne einen berechtigten Wiedergutmachungsanspruch gäbe es auch kein Verfügungsrecht über soziale Bezugspersonen in der Weise, wie es geschildert wurde. Zur Zeit gäbe es freilich ohne die Einbeziehung sozialer Bezugspersonen noch keine ausreichende Stabilisierung für diese Patientin, d.h. für die gleichsam organismisch notwendige Regulierung ihrer Beziehung zur Innenwelt und zur Umwelt.

Das Schwierigste, was von der Patientin auf der Linie ihrer Therapie zu leisten wäre, ist der Verzicht auf Rache. Nur ein Racheverzicht öffnete das verschlossene, verriegelte Tor zur Entfaltung eigener Kräfte, einer Entfaltung, die von der Patientin freilich erst im geduldigen Durcharbeiten und in mühsamen Übungsschritten realisiert werden könnte.

So ist der letzte kleine Dialog, über den berichtet wurde, zu verstehen: Der Therapeut versucht sie zur Eigenständigkeit, zur Autonomie zu verlocken, indem er ihr die Freude an der Verfügung über eigene Ressourcen nahezubringen versucht. Die Antwort der Patientin ist eine strikte Zurückweisung: "Sie sind Sozialarbeiter!" Und das heißt ja wohl: "Sie müssen mir doch, wann immer ich Sie brauche, verfügbar sein und bleiben!"

Literatur

Blanck R, Blanck G (1986) Beyond Ego Psychology. Columbia Univ Press, New York

Heigl-Evers A, Schultze-Dierbach E, Standke G (1991) Grundstörungen bei Abhängigkeit und Sucht aus tiefenpsychologischer Sicht. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Kernberg O (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt aM

Storck J (Hrsg) (1986) Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings - neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion. frommann-holzboog, Stuttgart Bad Cannstatt

Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland

Mario Wernado

Stationäre Behandlung stellt die umfassendste Form der Krankenversorgung dar, die wir kennen. Das Versorgungssystem für alkoholabhängige Patienten besteht aus:

- ambulanten Angeboten (Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen),
- stationären Angeboten (Fachkrankenhäuser, Psychiatrische Krankenhäuser,
- Drogentherapieeinrichtungen, Nachsorgeeinrichtungen) sowie teilstationären Angeboten (Tageskliniken, betreute Wohngruppen).

Die Zahl der durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen hat seit 1982 um etwa 50% zugenommen. 1988 wurden 24.418 Behandlungen durchgeführt, davon 21.382 wegen Alkoholabhängigkeit. Insgesamt wurden im Jahre 1988 zur Rehabilitation 5,005 Mrd. DM aufgewendet, der Anteil für die Abhängigkeitserkrankungen lag bei 429 Mio. DM, also 8,6 % der Gesamtaufwendungen. Die Höhe dieses Betrages - also fast 1/2 Mrd. DM - machte Rehabilitation für Alkoholabhängige für private Klinikunternehmen interessant, als nach den Ergebnissen der Enquete 1975 eine zeitnahe Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für solche Patienten unabweisbar wurde. 1988 wurden bereits mehr als die Hälfte der stationären Angebote für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten von privaten Trägern angeboten (nämlich 4.785 gegenüber 4.102 durch Träger freier Wohlfahrtspflege und 1.585 durch psychiatrische Krankenhäuser).

Eine stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen ist eine Rehabilitationsmaßnahme, in der der Leistungsträger (BfA, LVA) kraft Gesetz Art, Ort und Umfang der Maßnahme bestimmt und somit erheblichen Einfluß auf Patienten und Kliniken ausübt. Patienten bedürfen eines ärztlichen Gutachtens, eines Sozialberichts und einer Bewilligung des zuständigen Leistungsträgers, bevor sie einen Aufnahmetermin in einer Fachklinik erhalten; eine Einweisung durch den Hausarzt ist also nicht möglich. An diesen Bedingungen scheitern

Patienten, die einen halbjährlichen Weg zur stationären Rehabilitation entweder nicht gehen möchten, noch nicht gehen möchten oder wegen der Schwere ihrer Erkrankung gar nicht mehr gehen können. Der Vorteil des Antragsverfahrens liegt in einer guten Vorbereitung zur Behandlung, nachteilig wirkt sich die fehlende Möglichkeit zur kurzfristigen stationären, meist kriseninterventorischen Aufnahme aus. Probleme können entstehen, wenn Fachkliniken nicht auch die Entgiftungen durchführen können: Oft können die Patienten Abstinenzzeiten nicht einhalten, Bett-zu-Bett-Verlegungen werfen organisatorische Probleme auf.

Eine Klinik als der Ort umfassendster Form der Krankenbehandlung hat die Möglichkeit, durch ihre Ausstattung auf alle durchschnittlich zu erwartenden Anforderungen alkoholabhängig Kranker angemessen zu reagieren. Insofern ist sie eine mächtige Institution und wird auch so erlebt; sie muß sich jedoch zugleich mit Ansprüchen von Beratungsstellen, niedergelassenen Ärzten, Rentenversicherungsträgern, Selbsthilfegruppen, Angehörigen und Patienten auseinandersetzen, die erheblich auseinanderklaffen. Das reicht von Forderungen, den Patienten möglichst lange dazubehalten bis hin zu der Vorstellung, man könne durch die Behandlung einen Menschen so verändern, daß er würde, wie er vor 20 Jahren war. Das Therapiekonzept und die Hausordnung (den Patienten frühzeitig mitgeteilt) bieten Möglichkeiten, durch Indikation und im Konfliktfall auch durch Sanktionen, Patienten auszuschließen und die Grundlagen der Therapiebedingungen festzulegen. Meist gilt, daß nicht vorhandene bzw. bildbare Motivation zur Therapie und Abstinenz, die Anwendung von körperlicher Gewalt, sexuelle Beziehungen unter Patienten sowie Rückfall mit Suchtmitteln zur zeitnahen Entlassung führen.

Stationäre Rehabilitation in Fachkliniken

Anspruch und Möglichkeiten

Das Ziel der "Maßnahme", bewilligt durch den Leistungsträger, ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Insofern führen Kliniken einen Rehabilitationsauftrag durch. Das wirkt sich auf das Therapiekonzept aus. Gruppentherapie wurde als ein wesentliches Instrument zur Behandlung von abhängig Kranken 1978 in der Suchtvereinbarung festgelegt, dabei auch das Verhältnis Gruppentherapeut/Gruppe bestimmt. Dieses zahlenmäßige Verhältnis beginnt, vor dem Hintergrund indikativ gesicherter Notwendigkeit, frühgestörte Patienten einzeln und kombiniert gruppentherapeutisch zu behandeln, schwierig und auch grenzwertig zu werden.

Die Bestimmung des Zieles einer Psychotherapie als Wieder-Herstellung von Liebes- *und* Arbeitsfähigkeit wirft im Kontext mit dem Rehabilitationsauftrag Probleme auf; Liebesfähigkeit gerät in Gefahr, lediglich zu einem Instrument zu werden, mit dem das Rehabilitationsziel erreicht bzw. stabilisiert werden kann. Darauf ist vor allem in Verlängerungsanträgen für Patienten zu achten: Der ärztliche Dienst der Rentenversicherungsträger verfügt über zum Teil sehr kompetente und erfahrene Kollegen, die jedoch zumeist keine psychotherapeutische Ausbildung haben. Ein Vorteil dieser schwierigen Situation ist die Notwendigkeit, sich verständlich zu machen und Plausibilitätsaspekte angemessen zu berücksichtigen.

Eine Klinik bietet die Möglichkeit der "totalen therapeutischen Atmosphäre" auf der Grundlage personeller und technischer Ausstattung. Die Behandlung in einer Fachklinik läßt sich beschreiben als ein Geschehen in 2 Ebenen: Chronologisch vorgegeben ist der Ablauf einer z.B. 4-Monats-Behandlung, dargestellt am Beispiel der Fachklinik Fredeburg.

Aufnahme	Gruppe	"Bilanz"-Seminar	Familien-Seminar	Heimat-tage	Entlas-sung
0	2	6	12		16 Wochen

Abb. 1. Ablauf einer 4 - Monats-Behandlung

Nach der ggf. notwendigen Entgiftung und gesicherter Freiheit von psychotropen Substanzen auf der *Aufnahmestation* erfolgt eine Verlegung in die halboffene Gruppe (ein Patient kann dann aufgenommen werden, wenn ein anderer aus der Gruppe ausscheidet). Er hat bis zur 6. Woche Zeit zur sog. *Bilanz*, danach geht es um das Durcharbeiten und das Erreichen der Therapieziele, wobei das *Familienseminar* (Angehörige, Freunde oder auch Arbeitskollegen kommen zu einem Wochenendseminar in die Klinik) und die *Heimattage* (der Patient hat bis zu 5 Tagen die Möglichkeit, in der Klinik gemachte Erfahrungen und dort gefaßte Absichten in seiner Realität zu überprüfen) wichtige Schritte der Entwicklung darstellen. Die Behandlung endet normalerweise nach 4 Monaten, kann jedoch im Einzelfall, schriftlich begründet, um 2 Monate verlängert werden.

In diesem chronologischen Ablauf gibt es also Fristen, Zeiten, Termine, Hürden und Zäsuren, an denen der Patient seinen Entwicklungsstand messen kann, von der Gruppe und den Therapeuten auch gemessen wird. So ist es ihm nur möglich, nach 6 Wochen in der Gruppe weiterzuarbeiten, wenn er seinen sogenannten Suchtvertrag bewältigt hat.

In dieser Abfolge mutet das Ganze an wie ein Programm, in dem gedrängt, gehetzt, auf Effizienz hin getrimmt, diagnostiziert, verlängert oder eben auch ausgeschieden wird. Hier geht es um die "männlichen" Teile der Therapie, nämlich *den* Therapieablauf und *den* Therapieerfolg. Zugleich geht es dabei aber unter therapeutischen Gesichtspunkten entscheidend um *"Kairos"*, um das Sich-Erleben in einer bestimmten Zeit, wie z. B. zum Zeitpunkt der Verlegung in die Gruppe und die dadurch angestoßene Frage: "Werde ich akzeptiert? Werde ich gemocht? Wie gehe ich mit meinen Ängsten vor Ablehnung um?" Gruppentherapeuten als die Träger der stationären Behandlung befinden sich in einem Dilemma, müssen sie doch den *"Chronos"*, den Ablauf, den Erfolg, den männlichen Teil der Zeitgestaltung vertreten, entwickeln und durchsetzen, zugleich aber auch "Kairos", die erlebte Zeit aufarbeiten, nach frühkindlichen Quellen forschen, Konflikte herausarbeiten, auf- und durcharbeiten.

Wie kann nun dem Anspruch nach stationärer Rehabilitation von Patienten, Männern und Frauen, Jungen und Alten, alkohol-, aber auch alkohol- *und* medikamentenabhängigen Menschen Rechnung getragen werden? Erfahrungsgemäß läßt sich der organisatorische und organisationstechnische Aspekt sehr viel leichter darstellen als die hiermit verbundenen atmosphärischen Anteile; eine große Fachklinik mit 250 Betten bietet für Patienten eine verblüffende Erfahrung: "Wir sind ja ganz viele". Auf der Aufnahmestation kommt es meist zu den ersten, zum Teil sehr dramatischen Erfahrungen der Vielgestaltigkeit und Gleichheit in der Erkrankung: Soziale Schranken haben in der extraordinären Szene kaum Bedeutung, man duzt sich, die totale therapeutische Atmosphäre beginnt zu wirken, alles dreht sich um *das* Thema und dessen Abwehr. Schwierigkeiten, auch ungewöhnlichen Zuschnitts, sind von vornherein zu bedenken: Mancher Patient ist beim Abfassen seines Lebensberichtes deshalb überfordert, weil er nicht schreiben kann und sich schämt, dies offen zu gestehen.

Die Verlegung in die zuständige Gruppe erfolgt nach spätestens 14 Tagen, 4 Gruppen à 12 Patienten bilden ein Team, das personell, räumlich und organisatorisch von allen anderen Teams unabhängig ist.

Homogene Gruppen

Da sehr viel mehr Männer als Frauen alkoholkrank sind, entstehen reine Männerteams. Eine Gruppe ist traditionell eine reine Frauengruppe, wobei als Indikation gilt: Sexueller Mißbrauch als Kind, Lebensphasen im Dirnenmilieu, Lebenspartnerin von alkoholkranken Männern, deren Gewaltopfer sie wurden.

Die Kombination: Schutz in der gleichgeschlechtlichen Gruppe, verbunden mit der Möglichkeit, im Team andere und korrigierende Erlebnisse zu sammeln, hat sich bewährt.

Reine Männerteams sind in ihrer Atmosphäre, je nach Lebensalter und Zusammensetzung, erkennbar und erlebbar unterschiedlich: Eine homogene Altersgruppe, nämlich zwischen 30 und 50 Jahren, bildet häufig eine sog. "Bundeswehrmentalität" mit dem Vorzug der Kameradschaft und der Gefahr der Kameraderie. Durch das Gefälle im Lebensalter der Patienten (zwischen 20 und 70 Jahren) treffen jüngere Patienten auf die Generation ihrer häufig auch alkoholkranken Väter (und umgekehrt), so daß durch die Organisationsstruktur spezifische Übertragungsauslöser natürlich gebahnt werden.

Therapeutische Elemente und Zielsetzungen

Die Behandlung von abhängig Kranken stößt konsequent an deren Ambivalenz; sämtliche therapeutischen Maßnahmen müssen diesen Gesichtspunkt angemessen berücksichtigen.

Das *Wiederherstellen der körperlichen Leistungsfähigkeit* durch gesicherte Abstinenz, Frühsport, Gymnastik, Schwimmen, Wanderungen und Saunabesuche, wird meist recht bewußtseinsnah von den Patienten erschwert durch Kaffee- und Nikotinmißbrauch, auch häufig durch Umsteigephasen auf Süßigkeiten, gelegentlich den Mißbrauch der Sonnenbank, um gegenüber den Nachbarn zu bestätigen, man sei in einer längeren Erholung gewesen.

Bei der *Behandlung organischer Störungen* bieten Gespräche und Informationen über Laborbefunde, das Ausmaß der Organschädigungen, liebevoll genutzt, Chancen zur Entwicklung von Respekt, Ehrfurcht und Achtung vor dem geschädigten Körper. Probleme entstehen häufig durch die Aufspaltung des Körpers, wenn er konsiliarisch betreut werden muß. Diese Abspaltungsnotwendigkeit kommt den Patienten leicht entgegen, weil "andere Krankheiten" den Blick auf die Abhängigkeitsproblematik dann verstellen, manchmal auch verstellen sollen. Häufiges Beispiel sind die umfangreichen Zahnsanierungen, die den Patienten dann tagelang aus der Gruppe fernhalten, nachdem er im ersten Kontakt den Zahnarzt davon zu überzeugen versuchte, daß jetzt endlich "alles in Ordnung" gebracht werden müsse.

Grundlagen und Ziele der Therapie sind eine stabile Krankheitseinsicht, verbunden mit Abstinenz- und Therapiemotivation; gelegentlich finden sich diese nur isoliert:

Manche Patienten, nach zahlreichen Entgiftungen und mehreren Behandlungen, bieten umfangreiche Krankheitseinsicht, ohne daraus ernsthafte Therapiebereitschaft und Abstinenzmotivation abzuleiten, und brechen bei dem Versuch, darüber mit ihnen zu arbeiten, die Therapie dann ab.

Sogenannte Pflichtlektüren zum Thema Abhängigkeit, Selbsthilfegruppenkontakte, Anfertigungen eines Lebensberichts, Informationsgruppen über den Therapieablauf und den Sinn einzelner therpeutischer Maßnahmen sind Möglichkeiten, auf diese Punkte einzuwirken.

Lebenslange Abstinenz als Therapieziel, ja oder nein, ist keine Frage der Praxis. Keine ernstzunehmende Klinik in der Bundesrepublik arbeitet nach dem Konzept des kontrollierten Trinkens. Die Träger der lebenslangen Kontinuität der Versorgung sind die Selbsthilfegruppen, und diese arbeiten auf der Grundlage lebenslanger Abstinenz. Schon aus diesem praktischen Grund empfiehlt sich keine andere Strategie.

Die Frage, ob eine Behandlung gemeindenah oder gemeindefern durchgeführt werden soll, ist unter grundsätzlichen Gesichtspunkten, unter dem Blickwinkel der bisher stattgehabten Entwicklung und wirtschaftlichen Aspekten zu betrachten. Eine Entweder-Oder-Position empfiehlt sich zur Zeit nicht. Der Vorteil der Gemeindeferne: Sie bietet die Möglichkeit zu Abstand und Neubesinnung, heraus aus der Alltagsumgebung, ein oft so empfundener, von außen verordneter Neubeginn. Die künstliche Distanz kann gelegentlich in Alltagssituationen nicht rücktransportiert werden. Heimattage sind in aller Regel jedoch ausreichende Möglichkeiten, dieses Problem zu bewältigen.

Bei gemeindenaher Behandlung besteht die Möglichkeit, die sozialen Bezüge angemessener zu integrieren, kurze Wege zum Arbeitsamt, Sozialamt, zu Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen ermöglichen, unter Umständen assistiert, rasche Klärungen. Probleme werfen die häufig gesehenen Verflechtungen in diesem Milieu auf, sofern diese nicht unterbrochen werden können, wegen des Soges der "co-alkoholischen Umarmung" von Patienten, Angehörigen, aber auch professionellen Helfern.

Ambulante oder stationäre Therapie?

Bei der Frage, ob eine ambulante oder eine stationäre Therapie angezeigt ist, muß darauf verwiesen werden, daß bisher nachgewiesenermaßen keine Form der Behandlung der anderen überlegen ist. Bei der Vorbereitung zur stationären

Behandlung ist auf die Mitarbeit des Patienten *und* seiner Familie zu achten, sonst beeinträchtigt Heimweh die Möglichkeit, die Therapie zu beginnen. Die Frage wird auch von der Kompetenz der Mitarbeiter einer Beratungsstelle und deren Konzept sowie von deren Zusammenarbeit mit Kliniken bestimmt. Die Kenntnis der Grenzen und Möglichkeiten eines Patienten hat entscheidenden Einfluß auf die Indikation stationär oder ambulant; hier hat insbesondere die betriebliche Suchtkrankenhilfe präzise Vorstellungen und Möglichkeiten, die Grenzen festzulegen, die den Erhalt des Arbeitsplatzes noch sichern.

Zu überlegen ist, daß bei einer stationären Behandlung der Patient aus seinem beruflichen, familiären, überhaupt aus seinem sozialen Milieu heraus entlastet wird; er lebt in einer geschützten Atmosphäre mit der Chance zur Neuorientierung und befindet sich unter Menschen mit gleichen Problemen, muß sich jedoch in einer ungewohnten, ihm fremden Umgebung zurechtfinden, sich in Gruppen äußern und ihn häufig merkwürdig anmutende Dinge tun ("Empfinden ist wichtiger als Denken").

Dauer der Behandlung

Herausgeschält hat sich ein Konzept, wonach für kurzfristige Therapien (in der Regel 8 Wochen Behandlung) gute soziale Einbindung, ausreichende Motivation, geringe oder keine körperlichen Folgeschäden, keine oder geringe hirnorganische Beeinträchtigungen sprechen. Der Übergang zu mittelfristiger Behandlung ist fließend. "Junioren", Patienten unter 30 Jahren, mit frühem Kontakt zu Alkohol, nicht abgeschlossener Berufsausbildung, strukturdiagnostisch am ehesten als frühgestört zu charakterisieren, werden nach einem 6-Monats-Therapiekonzept behandelt. Hirnorganisch beeinträchtigte Patienten brauchen in aller Regel auch einen solchen Zeitraum. Erfahrungsgemäß haben sich sogenannte Senioren, also Patienten über 50 Jahre (sofern sie nicht hirnorganisch beeinträchtigt sind) mit einer mittleren Therapiedauer von 4 Monaten durchaus gut stabilisieren können.

Die Therapiedauer wurde von 6 auf 4 Monate reduziert, angeregt durch die Ergebnisse der Feuerlein-Studie (Feuerlein 1984; Küfner et al. 1986). Die Kosten-Leistungsträger haben angeboten, für anschließende ambulante Gruppentherapien im Einzelfall die Kosten zu übernehmen.

Wer mit wem? Abhängig Kranke sollten nicht gemeinsam mit anderen psychiatrisch Kranken behandelt werden: Der Versuch, sie (z.B. in psychiatrischen Kliniken) mit Psychotikern zusammen zu behandeln, hat sich nicht bewährt.

Eine ganz andere Frage ist, inwieweit psychosomatische Patienten und Abhängige zusammen behandelt werden können bzw. sollen. Die Grenze der Möglichkeiten ist hier fließend und nicht abschließend indikativ geklärt. Einige sich psychosomatisch nennende Kliniken haben überwiegend Abhängigkranke behandelt (z. B. Psychosomatische Klinik in Bad Herrenalb). Wichtig ist, zu klären, ob ein Patient psychosomatisch krank ist, oder ob es sich um einen Alkoholkranken mit psychosomatischer Symptomatik handelt. Dann ist die Abhängigkeit vorrangig zu behandeln. Nicht selten sehen wir in der Längsschnittbetrachtung der Patienten noch vor der manifesten Diagnose Abhängigkeit erhebliche psychosomatische Stigmatisierung (Magenulcera), ebenso wie nach gesicherter Abstinenz Patienten eine behandlungsbedürftige psychosomatisch/funktionelle Symptomatik entwickeln können. Es scheint sinnvoll (und einige Kliniken richten sich bereits darauf ein), mit Abhängigkeitsproblemen vertraute Therapeuten mit der Behandlung psychosomatischer Symptomatik bei diesen Patienten zu betrauen. Als Grund kann die unterschiedliche *Gegenübertragungsproblematik* zwischen psychosomatisch- und Alkoholkranken genannt werden.

"... Selbst langjährig tätige Behandler in psychosomatischen Kliniken können gerade geraume Zeit *übersehen*, daß einer ihrer stationären Patienten eine Suchtproblematik hat, die sich sämtlichen therapeutischen Bemühungen entzieht. Das selbstkritische Stichwort *übersehen* scheint mir dabei irreführend. In Wirklichkeit wurde die Abhängigkeit nicht *gefühlt*. Ich habe bemerkt, daß solche Patienten auf direkte Ansprache klare Antworten geben. Berater und Therapeuten in der Suchtszene wissen dies. Psychotherapeuten in anderen Bereichen geht dieses Verhalten zunächst gegen den Strich" (Hahn u. Herdieckerhoff 1987).

Keine vorschnellen Ergebnisse - Der furor sanandi

Ein etwas modifizierter Satz von Cremerius (1979) kann zum Ausgangspunkt einer kritischen Situationsbeschreibung stationärer Behandlung von Abhängigkranken dienen: Laßt uns dem vorschnellen Therapieergebnis geduldig den Knüppel unseres Unverständnisses zwischen die Beine werfen.

"Instantlösungen", nämlich die Vorstellung, sofort, hier und jetzt, möglichst ohne Mühe, ein Ergebnis zu erreichen, es von sich und anderen zu fordern, gehört zu der Krankheit Abhängigkeit. Kurze Produktionszeiten bei optimalen Ergebnissen - so richtig diese Forderung unter Kostendämpfungsgesichtspunkten auch sein mag, so sinnvoll unter dem Blickwinkel der optimalen Verwendung

knapper Mittel - die ohnehin vorhandene Anpassungsbereitschaft und die pathologischen Leistungskriterien unserer Patienten werden so gar zu leicht funktionalistisch verwertet. Wir geraten gemeinsam mit unseren Patienten in Gefahr, in gesellschaftlicher Funktionsfähigkeit ein Hauptkriterium von Identität zu sehen. Wir stehen in Gefahr, durch identitätsstützende Verfahren unser eigenes und des Patienten Selbstwertgefühl aufzumöbeln und nur gruppensituative Stabilität zu erreichen - der Patient in der Selbsthilfegruppe, wir im "Team".

Der kurrikulare Ablauf einer Behandlung legt bewußtseinspsychologisch orientierte Aufklärung nahe und bewirkt, unbedacht gehandhabt, aufgeregte Rechtschaffenheit, verführt bei einem Rückfall zur Verschärfung des Kampfes gegen die Krankheit, so daß das *Krankenhaus zum Kampfeshaus* wird, in dem der Rückfall bekämpft wird; falls er nicht zu besiegen ist, wird er sequestriert. Ständig stehen wir in Gefahr zu handeln statt zu behandeln. Der Furor sanandi, verbunden mit einem ausschließlich auf Effizienz sich verstehenden Rehabilitationsauftrag, vertreibt den letzten Respekt vor der Krankheit und auch vor dem Rückfall.

Vielleicht zeigen funktionelle Störungen von längerfristig trockenen Alkoholkranken etwas davon, daß sich Symptome gelegentlich beherrschen lassen, Krankheit aber eigentlich tieferes Verständnis und Trost und eben nicht nur Rat und Information braucht.

Die Gefahr, daß Patient und Therapeut bei ihrer Arbeit scheitern, ist nicht gering. Nur auf der Grundlage *erarbeiteter Angstarmut* - sie käme aus der Sicherheit der Einmaligkeit, der Jeweiligkeit und der Totalität der therapeutischen Beziehung, wie Enke (1990) es formulierte - kann der Therapeut mit dem Patienten engagiert und respektvoll (kann er doch alle Lösungswege des Patienten schätzen) nach dessen verborgenen Konflikten und Mängeln suchen.

Literatur

Antons K, Schulz W (1981) Normales Trinken und Suchtentwicklung, Bd 1. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich

Cremerius J (1979) Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? Psyche 33 : 577

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg) (1989) Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren. Neuland, Hamburg

Enke H (1990) Visionen und Perspektiven. In : Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) Lindauer Texte. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Feuerlein W (1984) Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Thieme, Stuttgart

Hahn P, Herdieckerhoff E (1987) Symptomspezifische psychoanalytische Differentialdiagnostik von psychischer Abhängigkeit und Sucht. Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie 13 : 67

Küfner H, Feuerlein W, Fohrschütz T (1986) Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen. Katamnestische Ergebnisse. Suchtgefahren 32 : 1-86